Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

34 475 XVI Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015

Nr. 7 **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 17 juni 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 mei 2016 inzake het Jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015 (Kamerstuk 34 475 XVI, nr. 1). De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 16 juni 2016. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-34475-XVI-7
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

Vraag 1
In hoeverre wordt er bij het tegengaan van administratieve lasten ook aandacht besteed aan uniformiteit en standaardisatie?

Antwoord 1:
De aanpak om te komen tot merkbaar minder regeldruk is erop gericht dat zorgprofessionals in de praktijk merken dat de administratieve lasten verminderen. Zodat zij meer tijd overhouden voor goede zorg aan de patiënt. De aanpak bestaat uit vier onderdelen te weten:

1. Overbodige regels waarvan het doel is achterhaald te schrappen.
2. Valide regels zo eenvoudig mogelijk maken.
3. Slimmer samenwerken.
4. Bij nieuwe regels goed te kijken of het doel in verhouding staat tot toename van de regeldruk.

Onderdeel hiervan is de inzet op uniformiteit en standaardisatie. Zo werken bijvoorbeeld verzekeraars samen met eerstelijnsaanbieders aan het uniformeren van de structuur en generieke elementen van contracten zodat zorgaanbieders contracten eenvoudiger kunnen vergelijken. Ook wordt voor de uitvoering van de motie Van der Staaij/Bruins Slot (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 77) onderzoek gedaan naar de administratieve lasten in de inkoop-, kwaliteits-, facturatie- en verantwoordingseisen in de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. In dit onderzoek zal ook worden gekeken naar mogelijke oplossingen, onder andere door standaardisatie.
Overigens is niet voor ieder onderwerp uniformiteit en standaardisatie geboden. Een belangrijk onderdeel om overbodige regeldruk te voorkomen is ook het bieden van ruimte voor maatwerk. Bij het voorkomen van onnodige regeldruk dient hierin constant een balans gevonden te worden. Oftewel: van regeldruk naar passende regels. Zo weinig als kan; zoveel als moet.

Vraag 2
Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de Wmo?

Antwoord 2:
De oorspronkelijke taakstelling conform het Regeerakkoord op begeleiding (individuele begeleiding en dagbesteding) bedroeg 25% (absoluut bedrag in 2015 € 1.540 miljoen). Door verschuivingen naar de Zvw (persoonlijke verzorging), de Jeugdwet (18-), de Wlz (overgangsrecht Wlz, zorg thuis met indicatie verblijf), de correctie voor intramurale dagbesteding en de compensatiebedragen van het VNG akkoord (€ 200 miljoen) en het Begrotingsakkoord 2014 (€ 195 miljoen) bedraagt de resterende taakstelling op begeleiding ruim € 200 miljoen. De grondslag voor begeleiding die na alle verschuivingen voor gemeenten in 2015 resteert is € 1,9 miljard en dat betekent een kortingspercentage in 2015 van 11%.

De oorspronkelijke taakstelling conform het Regeerakkoord op het budget voor huishoudelijke verzorging bedroeg 75% (absoluut bedrag in 2015 € 975 miljoen). In het Zorgakkoord 2013 is de taakstelling verlaagd ten opzichte van de absolute korting in het Regeerakkoord tot structureel 40% (absoluut bedrag in 2015 € 465 miljoen). De procentuele korting in 2015 bedraagt na correcties voor extramuralisering, groei en nominale bijstelling 32%. Hierbij is geen rekening gehouden met de middelen van de huishoudelijke hulp toelage (in 2015 € 129 miljoen). Indien hier wel rekening mee wordt gehouden bedraagt de procentuele korting in 2015 23%.

Vraag 3

Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de huishoudelijke hulp binnen de Wmo?

Antwoord 3:
Zie het antwoord op vraag 2.

Vraag 4
Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de begeleiding?

Antwoord 4:
Zie het antwoord op vraag 2.

Vraag 5
Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de jeugdhulp?

Antwoord 5:
De taakstelling op het macrobudget Jeugdhulp 2015 bedroeg € 120 miljoen.
Deze taakstelling loopt op in de jaren 2016 en 2017. In 2016 bedraagt de totale taakstelling op het jeugdhulpbudget € 300 miljoen. In 2017 loopt dit op naar in totaal € 450 miljoen.

Vraag 6
Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de dagbesteding?

Antwoord 6:
Zie het antwoord op vraag 2.

Vraag 7
Hoeveel plaatsen voor dagbesteding waren er 31-12-2014, en hoeveel op 31-12-2015?

Antwoord 7:
Er is geen registratie voorhanden van de plaatsen waar cliënten terecht kunnen voor dagbesteding en hun capaciteit.

Vraag 8
Hoeveel is er in 2015 bezuinigd op de wijkverpleging en wijkziekenverzorging?

Antwoord 8:
Per 2015 is de wijkverpleegkundige zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Hiermee is een bezuiniging van € 420 miljoen in 2015 gepaard gegaan. Op basis van voorlopige realisatiecijfers over 2015 is sprake van een overschrijding van het beschikbare kader van € 37,7 miljoen.

Vraag 9
Hoeveel mensen hebben er op een wachtlijst gestaan voor verpleging en verzorging thuis?

Antwoord 9:
Gedurende 2015 heeft het Zorginstituut maandelijks een wachtlijst gepubliceerd op de site www.istandaarden.nl. Op basis van deze standen is de gemiddelde omvang per maand berekend voor verpleging en verzorging thuis (extramuraal). Gemiddeld stonden er per maand 125 personen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging thuis.

Vraag 10
Kan een tabel worden verschaft met de ingeboekte bezuiniging op de huishoudelijke hulp in 2015, 2017, 2018, 2019 en 2020?

Antwoord 10:
De taakstelling op huishoudelijke hulp betreft zowel voor de jaren 2016 t/m 2020 als structureel na 2020 € 610 miljoen.

	2016	2017	2018	2019	2020	Struct.
Taakstelling huishoudelijke hulp na compensatie (bedragen x € 1 miljoen)	– 610	– 610	– 610	– 610	– 610	– 610

Vraag 11
Kan een tabel worden verschaft met de ingeboekte bezuiniging op de huishoudelijke hulp structureel na 2020?

Antwoord 11:
Zie het antwoord op vraag 10.

Vraag 12
Hoeveel verzorgingshuisplekken (zzp 1–3) werden er nog gefinancierd op 31 december 2012, 31 december 2013, 31 december 2014 en 31 december 2015?

Antwoord 12:
Het feitelijk gebruik van de aantallen van zzp1-zzp3 is op de peildatum van de tweede vrijdag van november: 40.730 (2011), 36.420 (2012), 28.605 (2013) en 20.390 (2014). De cijfers over 2015 zijn in augustus 2016 beschikbaar. De bron van deze cijfers is de Monitor Langdurige Zorg.

Vraag 13
Kan een uitsplitsing van de overschrijding op het pgb worden gegeven? Welk deel is extra verstrekkingen en welk deel is extra uitvoeringskosten?

Antwoord 13:
Ten opzichte van de ontwerpbegroting 2015 komen de Wlz-uitgaven aan persoonsgebonden budgetten in het jaarverslag € 426,3 miljoen hoger uit dan oorspronkelijk geraamd. Het gaat hierbij in hoofdzaak niet om extra kosten voor het BKZ, maar om een verschuiving van doelgroepen en een technische correctie:

- Bij de ontwerpbegroting was nog geen rekening gehouden met de afgesproken verschuiving van de doelgroep Wlz-indiceerbaren vanuit het gemeentelijke en Zvw domein naar de Wlz. Een groot deel van de groep Wlz-indiceerbaren maakt gebruik van een pgb. Dit verklaart dan ook het grootste deel van de genoemde bijstelling (ruim € 300 miljoen). Deze bijstelling is neutraal voor het BKZ, aangezien met gemeenten en verzekeraars is afgesproken om hun budgetten hiervoor op basis van het principe «geld-volgt-cliënt» te corrigeren.
- Daarnaast is sprake van een technische correctie doordat het pgb vanaf 2015 bruto wordt toegekend. Tegenover de hogere kosten van het bruto pgb van € 60 miljoen staat eenzelfde bedrag aan ontvangsten eigen bijdrage pgb. De omzetting naar bruto pgb is dus budgettair neutraal voor het BKZ.

Tot slot was er eind 2014 sprake van een grotere dan verwachte toestroom van budgethouders. Dit heeft in 2015 tot circa € 60 miljoen hogere Wlz-uitgaven geleid.
De genoemde bijstellingen hebben betrekking op de toegekende budgetten en dus niet op extra uitvoeringskosten.

Vraag 14
Kunt u aangeven welke monitors er zijn (op het gebied van de Wmo 2015 en Jeugdwet) voor de Tweede Kamer om haar controlerende taak goed uit te voeren?

Antwoord 14:
Over de ontwikkelingen in het sociaal domein (inclusief de Wmo 2015 en de Jeugdwet) wordt aan de Tweede Kamer gerapporteerd via de overall rapportage sociaal domein. Specifiek op het terrein van de Wmo 2015 is er de Participatiemonitor. Wat betreft de Jeugdwet is er de Beleidsinformatie jeugd en de Jeugdmonitor (beiden CBS). Daarnaast worden beide wetten geëvalueerd in de periode 2015–2017.

Vraag 15
Op welke manier weet de Tweede Kamer of de doelstellingen van de decentralisaties bereikt zijn?

Antwoord 15:
Over de ontwikkelingen in het sociaal domein (inclusief de Wmo 2015 en de Jeugdwet) wordt aan de Tweede Kamer jaarlijks gerapporteerd via de overall rapportage sociaal domein in opdracht van de Minister van BZK. Of de doelstellingen per wet behaald worden is de centrale vraagstelling van de evaluatie van de Wmo 2015 en de evaluatie van de Jeugdwet. Deze evaluaties vinden plaats in de periode 2015–2017.

Vraag 16
Wat waren de gemiddelde zorgkosten per asielzoeker in 2015 en wat waren de totale zorgkosten voor asielzoekers?

Antwoord 16:
Mijn collega, de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is verantwoordelijk voor de bekostiging en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers. Ik heb bij hem navraag gedaan. Hij informeerde mij als volgt: «De gemiddelde kosten voor de curatieve zorg (inclusief GGZ-zorg) per asielzoeker worden voor 2015 geraamd op € 4.106. De kosten voor de publieke gezondheidszorg bedroegen € 335, – per asielzoeker.
De totale zorgkosten voor asielzoekers in 2015 worden geraamd op € 124 miljoen voor de curatieve zorg, voor de publieke zorg was dit € 10,1 miljoen.

De totale kosten voor 2015 zijn nog niet bekend. Dit heeft te maken met het feit dat ziekenhuizen en GGZ-instellingen ook nu nog declaraties over 2015 kunnen indienen.»

Vraag 17
In hoeverre hebben asielzoekers voor langere wachtlijsten in de curatieve zorg en de GGZ gezorgd?

Antwoord 17:
Het valt niet te beoordelen in hoeverre de komst van asielzoekers heeft bijgedragen aan langere wachttijden in de ggz. Uit de recente Marktscan ggz van de NZa (Kamerstuk 25 424, nr. 315 d.d. 25 mei 2016) blijkt dat het totaal van de wachttijd vanaf het moment van aanmelding tot aan de start van de behandeling voor de ambulante gespecialiseerde ggz onder de Treeknorm ligt. De aanmeldingswachttijd is wel langer dan de Treeknorm en toegenomen ten opzichte van 2014. Naar aanleiding daarvan onderneemt de NZa een aantal acties en heb ik in mijn brief van 25 mei ook een aantal acties aangekondigd. Inmiddels heb ik de NZa gevraagd op een aantal punten nader onderzoek te doen. Verder geldt voor de gehele GGZ-sector, behalve de crisis-ggz, per 1 april 2016 de verplichting de wachttijden te publiceren.

Uit de door de NZa uitgevoerde marktscan «Medisch-specialistische zorg 2015[1] wordt de instroom van asielzoekers niet genoemd als mogelijke oorzaak voor een toename van wachtlijsten op sommige gebieden van de medisch-specialistische zorg.

Vraag 18
Hoeveel gratis brillen zijn er in 2015 verstrekt aan asielzoekers?

Antwoord 18:
Mijn collega, de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is verantwoordelijk voor de bekostiging en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers. Ik heb bij hem navraag gedaan. Hij informeerde mij als volgt: «Op basis van de Regeling Zorg asielzoekers (RZa) is het voor asielzoekers mogelijk een bril aan te vragen als daar aanleiding toe is. In 2015 zijn op basis van de RZa 3.658 brillen verstrekt.»

Vraag 19
Is het zorgpakket voor asielzoekers inmiddels versoberd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 19:
Mijn collega, de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is verantwoordelijk voor de bekostiging en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers. Ik heb bij hem navraag gedaan. Hij informeerde mij als volgt: «De medische zorg voor asielzoekers sluit zoveel mogelijk aan op de reguliere zorg voor Nederlandse burgers. Het zorgpakket voor asielzoekers is niet versoberd. De Staatssecretaris van VenJ ziet hier geen aanleiding toe en heeft dit ook tijdens diverse debatten met uw Kamer gedeeld. Belangrijk om te benadrukken is dat voor asielzoekers de medische zorg alleen wordt vergoed op basis van:
– medische noodzakelijkheid;
– een indicatie;
– en na machtiging.
Dit betekent dat dus niet zomaar alles wordt vergoed.

Daarnaast wordt ook gekeken of het nodig/wenselijk is dat de medische zorg per direct wordt geleverd. Zeker in die gevallen waarin de verblijfstatus nog onduidelijk is, kan het voorkomen dat een bepaalde behandeling of verstrekking niet plaatsvindt, omdat deze niet in het land van herkomst kan worden voortgezet. Om die reden wordt een versobering niet opportuun geacht.»

Vraag 20
Kunt u uiteen zetten hoeveel de premie zou stijgen wanneer de zorgtaken van apothekers uit het eigen risico worden gehaald?

Antwoord 20:
In mijn brief van 29 juni 2015 (Kamerstuk 29 477, nr. 334) ben ik ingegaan op de relatie tussen het eigen risico en de zorgtaken van apothekers. Zorgverzekeraars hebben reeds de mogelijkheid om deze zorgtaken geheel of gedeeltelijk uit te zonderen van het eigen risico. Ik heb ook aangegeven dat ik niet voornemens ben om de taken van de apotheker uit te sluiten van het verplichte eigen risico. Het effect van een dergelijke uitsluiting op de premie zou naar schatting tussen € 4 en € 8 per jaar bedragen.

Vraag 21

---

[1] https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf

Ziet u mogelijkheden om het preferentiebeleid op zo'n manier aan te passen, bijvoorbeeld door meerdere middelen als preferent aan te kunnen wijzen, dat apothekers minder administratiedruk ervaren, patiënten minder vaak van middel hoeven te wijzigen, maar waarbij de besparingen wel (grotendeels) overeind blijven?

Antwoord 21:
Preferentiebeleid is een effectief instrument van de zorgverzekeraars om onnodig hoge kosten van geneesmiddelengebruik terug te dringen door het gebruik van goedkopere generieke geneesmiddelen. Ik ben me ervan bewust dat naast de evidente voordelen van het preferentiebeleid er ook enkele nadelen vastzitten aan het preferentiebeleid, zoals de administratieve lasten voor apothekers. Zorgverzekeraars werken momenteel samen met apothekers aan het verminderen van de administratieve lasten voor apothekers. Zorgverzekeraars kunnen dat in het geval van preferentiebeleid doen door bijvoorbeeld meerdere preferente middelen aan te wijzen, door andere manieren van prijsbeleid uit te voeren en voor langere tijd contracten af te sluiten. Het is aan zorgverzekeraars om het preferentiebeleid zo nodig (anders) in te richten en uit te voeren. In het Bestuurlijk Overleg Farmacie zijn de nadelen van preferentiebeleid besproken en zijn er afspraken gemaakt om deze te verminderen (zie mijn brief van 8 april 2014, Kamerstuk 29 477, nr. 284).

Vraag 22
Welke door het kabinet getroffen maatregelen, behalve het MBI, hebben geleid tot een betere beheersing en afvlakking van de uitgavengroei in 2015? Wat is hiervan de onderbouwing?

Antwoord 22:
Verschillende structuurversterkende maatregelen in de zorg hebben aan de uitgavenbeheersing van de afgelopen periode bijgedragen. De gesloten hoofdlijnenakkoorden met de curatieve sector (inclusief afspraken over inzet van het MBI) hebben bijgedragen aan verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg, onder andere door gepast gebruik. Ook de ontwikkeling van de geneesmiddelenuitgaven is gematigd, onder meer als gevolg van succesvol gevoerd preferentiebeleid.

2015 was het jaar waarin de hervormingen in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdzorg hun beslag kregen. Met de herverdeling van taken en verantwoordelijkheden is het beter mogelijk passende ondersteuning in samenhang en dichtbij huis te organiseren en zo de zorg efficiënter in te richten. Tegen deze achtergrond is een korting op de beschikbare budgetten doorgevoerd.

Vraag 23
Wat is de reden dat de begroting nog altijd niet wordt aangepast op structurele meevallers?

Antwoord 23:
In de begroting worden structurele meevallers wel degelijk verwerkt. De realisatiecijfers van het Zorginstituut en de NZa zijn begin 2016 geactualiseerd. Voor zover onderschrijdingen structureel van karakter waren, zijn deze betrokken bij de besluitvorming over de begroting 2017. In de eerste suppletoire wet 2016 wordt gemeld dat de totale netto BKZ-uitgaven in de jaren 2016–2020 € 0,7 miljard oplopend tot € 0,9 miljard lager uitkomen dan geraamd in de ontwerpbegroting 2016.

Vraag 24

Wat is de resultaatbestemming van de meevaller van € 0,6 miljard? Wordt deze opnieuw in de zorg geïnvesteerd?

Antwoord 24:
Het totale uitgavenkader is over 2015 0,5 miljard euro onderschreden. Lager dan verwachte uitgaven binnen het Budgettair Kader Zorg hebben hier een bijdrage aan geleverd. Onderschrijdingen van het totale uitgavenkader bij FJR komen ten gunste van het begrotingstekort.

Vraag 25
Wat is de totale capaciteit voor de aanpak van fouten en fraude in fte uitgesplitst naar opsporingsinstantie? Is die capaciteit gestegen of gedaald ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 25:
De Inspectie SZW en ook de FIOD zijn als bijzondere opsporingsdiensten actief op het terrein van de zorg.

De Inspectie SZW is primair verantwoordelijk voor de opsporing van fraude in de zorg. Specifieke aandachtsgebieden zijn fraude met het persoonsgebonden budget en declaratiefraude. Sinds 2014 hebben wij vanuit het programmaplan Rechtmatige Zorg geïnvesteerd in uitbreiding van de capaciteit van de Inspectie SZW. Vanaf 2014 is de capaciteit nagenoeg verdubbeld naar thans circa 50 fte. Vanaf 2016 stellen wij opnieuw extra middelen beschikbaar aan de Inspectie SZW en het Openbaar Ministerie voor het verder versterken van de strafrechtelijke aanpak van fraude in de zorg. De Inspectie SZW breidt zijn opsporingscapaciteit dit jaar verder uit naar circa 68 fte.

De FIOD rekent zijn capaciteit niet in fte's maar in opsporingsuren. De FIOD heeft op jaarbasis 20.000 uren beschikbaar voor de opsporing van fraude op het terrein van de zorg. Dit is niet veranderd.

Vraag 26
Hoeveel meldingen komen er dagelijks binnen bij het Landelijk Meldpunt Zorg? Is dat aantal stijgend of dalend?

Antwoord 26:
Het aantal vragen dat het Landelijk Meldpunt Zorg per dag ontvangt is wisselend. Uit het Klachtbeeld Landelijk Meldpunt Zorg 2015, dat 18 mei jl. is gepubliceerd, blijkt dat er per maand gemiddeld 426 klachten zijn ontvangen. Over het gehele jaar 2015 waren dit in totaal 5.115 klachten. In diezelfde periode (2015) werden er 1.207 vragen gesteld aan het Landelijk Meldpunt Zorg. Het gemiddeld aantal ontvangen klachten per maand lag in 2015 iets hoger dan in 2014.

Met mijn brief van 18 mei 2016 (Kamerstuk 33 149, nr. 45) heb ik u het Jaarbeeld 2015 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Klachtbeeld 2015 van het Landelijk Meldpunt Zorg LMZ) toegezonden.

Vraag 27
Hoeveel meldingen zijn er doorgeleid naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en in hoeveel gevallen heeft dit tot een onderzoek geleid?

Antwoord 27:
In 2015 heeft het Landelijk Meldpunt Zorg 1.093 klachten ter beoordeling doorgestuurd naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met de vraag of nader onderzoek nodig is. Dit is circa 20% van het totaal aantal ontvangen klachten. De inspectie beoordeelde voor 517 van de 1.093 voorgelegde klachten dat nader onderzoek nodig was.

Vraag 28
Hoe wil het kabinet preventie van toenemend belang maken als zorgverzekeraars binnen de Zorgverzekeringswet weinig mogelijkheden hebben om te voorkomen dat mensen ziek worden of klachten krijgen?

Antwoord 28:
Preventie is van groot belang: voorkomen is beter dan genezen. Daarom is het van belang om in een zo vroeg mogelijk stadium de juiste preventie op maat te bieden, zodat het beroep op dure, gespecialiseerde zorg afneemt. Veel vragen komen nu onnodig terecht in de gezondheidszorg terwijl ze hun oorsprong hebben in problemen bij de opvoeding, op het werk, op school, in de relatie of de woonomgeving. Zorgverzekeraars zijn slechts één van de betrokken partijen.
Om te voorkomen dat mensen ziek worden of klachten krijgen is een integrale aanpak nodig, zowel vanuit het onderwijs, het werk, de buurt als vanuit de zorg. Samenwerking tussen die domeinen is dus noodzakelijk, maar in de praktijk vaak lastig. Ook binnen de zorg hebben zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor preventie. Gemeenten hebben vooral een taak bij preventie voor alle inwoners en bij selectieve preventie gericht op specifieke risicogroepen. Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders hebben een taak en rol bij preventie gericht op individuen.

In de kamerbrief «Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten» van 25 maart 2016 (Kamerstuk 32 793, nr. 213) ga ik in op de preventieactiviteiten die al door zorgverzekeraars worden ondernomen:

- Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn onder voorwaarden onderdeel van het basispakket van de Zvw zowel voor mensen met een ziekte, als voor mensen met een hoog risico daarop. Denk aan dieetadvisering, stoppen met roken programma's, advisering over leefstijl bij zwangerschap, diabetes begeleiding, etc.
- Daarnaast doen zorgverzekeraars ook het nodige aan selectieve preventie. Denk bijvoorbeeld aan de verschillende preventieactiviteiten die zij via hun aanvullende verzekering aanbieden van screening tot valpreventie en het volgen van een reanimatiecursus.
- Ook zijn in de collectieve contracten die verzekeraars afsluiten met werkgevers diverse preventieve activiteiten opgenomen op de werkplek, van het voorkomen van werkstress, tot beweegprogramma's en programma's voor een duurzame inzet van de oudere werknemers.
- In de collectieve contracten voor de minima die zorgverzekeraars afsluiten met gemeenten komt steeds meer aandacht voor preventie om de vitaliteit van de verzekerden te bevorderen.
- Tevens blijkt dat verzekeraars met eigen middelen diverse preventieve activiteiten financieren, voorbeelden hiervan zijn de zorg en welzijnsaanpak in Amsterdam Noord5 en het beweegonderwijs in Friesland.

Desondanks bestaan er mogelijkheden om de rol van preventie in het zorgstelsel te versterken. Effectieve preventieactiviteiten voor risicogroepen vergen samenwerking over verschillende domeinen (zorg, welzijn, sport, onderwijs, werk), en over verschillende zorgstelsels (Wpg, Zvw, Wmo, Wlz en Jeugdwet). In de kamerbrief «Preventie in het zorgstelsel» heb ik reeds aangegeven dat deze samenwerking niet vanzelfsprekend tot stand komt. Dit komt niet doordat individuele preventieve activiteiten te weinig belegd zijn in de aanspraken of voorzieningen uit de diverse stelsels. Het komt eerder omdat er weinig prikkels zijn om in samenhang preventieaanbod voor risicogroepen te coördineren.

Ik zet mij in om de aandacht voor preventie te vergroten en bovenstaande belemmeringen weg te nemen door de volgende maatregelen:
1. We gaan gemeenten en zorgverzekeraars stimuleren preventie voor risicogroepen voortvarend ter hand te nemen.
2. We richten «eerste hulp bij preventie» in, bestaande uit een digitaal loket en een preventieteam dat concrete ondersteuning biedt aan gemeenten en zorgverzekeraars bij het vormgeven van gezamenlijke preventieactiviteiten voor risicogroepen.
3. We faciliteren het sluiten van «preventiecoalities» waarbij gemeenten en zorgverzekeraars bij een gezamenlijk plan ondersteuning van de samenwerking kunnen aanvragen op basis van cofinanciering.
4. Bovenstaande maatregelen worden voor vijf jaar ingezet. Na drie jaar zal een evaluatie van de maatregelen en hun effect plaatsvinden. De evaluatie zal bezien of er inderdaad meer preventieactiviteiten voor risicoroepen zijn ontwikkeld, of deze activiteiten substantieel zijn, of ze zelfstandig levensvatbaar zijn en wat de resultaten daarvan zijn in gezondheidswinst. De balans wordt opgemaakt en we kijken nogmaals naar de vraag of de wet- en regelgeving belemmeringen opwerpt die we onwenselijk vinden en zo ja, hoe die verholpen kunnen worden.

Vraag 29
Op welke wijzen is precies de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraars versterkt?

Antwoord 29:
De positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraar wordt steeds steviger. Op grond van aangescherpte regelgeving van de NZa moeten zorgverzekeraars hun verzekerden op een begrijpelijke manier en tijdig (op het moment dat de polis aangeboden wordt) informeren over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en op welke wijze de zorgverzekeraar rekening houdt met de diversiteit van verzekerden bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars zijn bovendien verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie die zij aan vergelijkingssites verstrekken. Heldere informatie is van belang voor de patiënt om een voor hem passende keuze te kunnen maken voor een zorgverzekering.

Bovendien zie ik dat zorgverzekeraars zelf ook steeds meer stappen zetten om hun verzekerden invloed te geven op het beleid, bijvoorbeeld via virtual communities. Om deze ontwikkelingen kracht bij te zetten heb ik een wetsvoorstel in voorbereiding om de invloed van de verzekerde ten opzichte van de zorgverzekeraar te versterken. Want we zijn er nog niet. Dit wetsvoorstel zal in de zomer voor internetconsultatie beschikbaar worden gesteld. Verzekeraars moeten op hun site transparant maken waar de premie aan wordt besteed

Vraag 30
Op welke specifieke terreinen is een groei in het gebruik van eHealth te zien, en op welke gebieden loopt deze groei nog achter? Welke doelstellingen heeft het kabinet wat betreft deze terreinen?

Antwoord 30:
In de kamerbrief «Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg» (Kamerstuk 27 529, nr. 130, d.d. 2 juli 2014) zijn de doelstellingen voor eHealth geschetst voor de komende vijf jaar. Deze doelen zijn:
- Ten minste 80% van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders heeft directe toegang tot medische gegevens in 2019.
- In 2019 kan 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelfstandig metingen uitvoeren in combinatie met monitoring op afstand.

- Iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt kan in 2019 desgewenst via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener communiceren.

Het beeld van onderzoeken in 2015 liet zien dat er grote verschillen zijn tussen wat zorgverleners zeggen dat mogelijk is en waar zorggebruikers daadwerkelijk gebruik van maken. In de eerste helft van oktober 2016 zal ik u over de ontwikkelingen in de groei en eventuele maatregelen informeren bij het verschijnen van de eHealthmonitor 2016. De meting van begin juni 2016 laat zien dat verdere actie nodig is om het gebruik van eHealth te realiseren en de doelen in 2019 te kunnen behalen.

Vraag 31
Wat waren de kosten voor asielzoekers in 2015 en wat is de verwachting voor de komende jaren tot 2020?

Antwoord 31:
Mijn collega, de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is verantwoordelijk voor de samenstelling van het zorgpakket voor asielzoekers. Ik heb bij hem navraag gedaan. Hij informeerde mij als volgt:

«De totale zorgkosten voor asielzoekers in 2015 worden geraamd op € 124 miljoen voor de curatieve zorg, voor de publieke zorg was dit € 10,1 miljoen. De totale kosten voor 2015 zijn nog niet bekend.

De totale kosten voor de opvang van asielzoekers zijn in 2015 ten opzichte van 2014 gestegen. Dit hangt sterk samen met de verhoogde instroom. De verwachte ontwikkeling van deze kosten is sterk afhankelijk van de instroom in de komende jaren.»

Vraag 32
Welke concrete maatregelen heeft u in 2015 genomen om eHealth echt vanzelfsprekend te maken in Nederland?

Antwoord 32:
In 2015 zijn onder andere de volgende acties en maatregelen in gang gezet (Kamerstuk 27 529, nr. 138):

– Het organiseren van het Informatieberaad voor snellere vaststelling en gebruik van standaarden voor gegevensuitwisseling.
– Ik steun de doorontwikkeling van het Persoonlijk Gezondheids Dossier door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
– De mogelijkheden van bekostiging binnen bestaande regelgeving is gecommuniceerd via de website en bij bijeenkomsten van zorgvoorinnoveren.nl. Dit is een gezamenlijk programma van ZonMw, NZa, ZiNL en VWS.
– Een start-up netwerk is gestart met als doel vernieuwers samen te brengen in een netwerk om mogelijk te maken zorginnovaties op te schalen. Dit gebeurt door informatie over het systeem, maar ook juridische en financiële informatie en door investeerders te verbinden. In 2015 ontstond bij dit netwerk het plan voor een Fasttrack eHealth, waarvoor in komende vier jaar € 20 miljoen wordt uitgetrokken. Deze wordt nu nader uitgewerkt met het Ministerie van EZ en Startup Delta.
– VWS, het Ministerie van Economische Zaken en de topsector Life Sciences and Health zijn samen de verkenning gestart naar nieuwe publiek-private samenwerkingsvormen om financiering van eHealth te bevorderen. Een voorbeeld hiervan zijn de Health Impact Bonds.
– Obstakels voor toepassing van ICT in de ouderenzorg werden weg genomen via het Doorbraakproject «Zorg ontzorgd met ICT».
– Tot slot is en wordt er op Rijksbreed niveau verder gewerkt aan de ontwikkeling van een betrouwbaar publiek identificatiemiddel (eID).

Vraag 33
Op welke wijzen is de rechtmatigheid van zorg versterkt en hoe blijkt dat uit het jaarverslag 2015?

Antwoord 33:
VWS heeft begin 2015 in nauw overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten, organisaties van patiënten en cliënten en handhavingspartners een integraal plan opgesteld om onrechtmatigheden bij betalingen in de zorg verder terug te dringen. Met het programma Rechtmatige Zorg: aanpak fouten en fraude 2015–2018 (Kamerstuk 28 828, nr. 89) wordt ingezet op activiteiten die gericht zijn op het bereiken van doelstellingen op de vier thema's binnen het programma: samenwerking, preventie, controle en handhaving.

In het kader van kennismaking en kennisuitwisseling zijn in 2015 verschillende bijeenkomsten georganiseerd. Voorts is de samenwerking tussen de partijen van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) voor de komende jaren opnieuw vastgelegd in een convenant. Zorgverzekeraars hebben in 2015 het plan «Fraudeaanpak 2015–2017» opgesteld waarmee zij hun onderlinge samenwerking verder versterken. VWS heeft middelen ter beschikking gesteld voor onder meer de subsidiëring van een expertteam fraudepreventie en handhaving bij de VNG ten behoeve van de aanpak van onrechtmatigheden in het gemeentelijk domein. Verder werkt VWS samen met toezichthoudende en handhavingspartijen aan de inrichting van een centraal meldpunt zorgfraude. Ook is sterker ingezet op toezicht en strafrechtelijke handhaving. Hiervoor zijn middelen overgeboekt naar het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het Ministerie van Veiligheid en Justitie ten behoeve van de inzet van de Inspectie SZW en het OM.

Voor een volledig overzicht van de activiteiten en behaalde resultaten ten aanzien van het versterken van rechtmatige zorg in 2015 verwijs ik u graag naar de vierde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg en de bijbehorende brief (Kamerstuk 28 828, nr. 93). In het najaar van 2016 ontvangt u de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg. Hierin zullen wij terugblikken op de inzet en de behaalde resultaten sinds de vierde voortgangsrapportage.

Vraag 34
Zijn bij het fraudeonderzoek de € 53 miljoen aan geconstateerde onjuistheden en de € 19 miljoen aan vastgestelde fraude ook teruggevorderd of maken deze bedragen deel uit van de € 449 miljoen die door de zorgverzekeraars is teruggevorderd?

Antwoord 34:
De door fraudeonderzoek van zorgverzekeraars in 2014 geconstateerde onjuistheden bedroeg € 53 miljoen (inclusief € 19 miljoen vastgestelde fraude). Dit bedrag maakt geen onderdeel uit van de € 449 miljoen die zijn teruggevorderd bij zorgaanbieders naar aanleiding van controles op declaraties achteraf. Zorgverzekeraars vorderen onterecht uitgekeerde declaraties altijd terug, ongeacht of het gaat om een fout of om fraude. Daarnaast nemen zorgverzekeraars naar aanleiding van vastgestelde fraude maatregelen om de fraude te bestraffen en voor de toekomst te voorkomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het opzeggen van de overeenkomst met de zorgaanbieder dan wel het doorgeleiden van de zaak ten behoeve van strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke handhaving.

Vraag 35

Op welke wijze zijn patiënten op de hoogte gesteld van onjuiste declaraties, en hoe kunnen zij hun mogelijk teveel betaalde eigen risico terugkrijgen?

Antwoord 35:
Zorgverzekeraars bepalen of, indien sprake is van onrechtmatige declaraties, het eigen risico wel of niet wordt gecorrigeerd. Een zorgverzekeraar kan besluiten het eigen risico van de patiënt te corrigeren. Ook kan de zorgverzekeraar besluiten niet te corrigeren en de eventueel vrijgevallen middelen in te zetten voor premieverlaging (of het minder stijgen van de premie) het jaar erop. Uitgangspunt voor mij is dat zorgverzekeraars geen voordeel behalen op de inning van het verplicht eigen risico. In het geval een verzekerde zelf bij zijn zorgverzekeraar aanklopt, zal de zorgverzekeraar alsnog een onderzoek instellen, en het eigen risico corrigeren indien dat gerechtvaardigd blijkt.

Vraag 36
Hoeveel boetes zijn er uitgedeeld voor de onjuiste declaraties en daadwerkelijke fraude? Wie int deze boetes, en op welke wijze vloeit dit geld terug naar de zorg?

Antwoord 36:
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van het zorgstelsel en in 2015 heeft de NZa ruim € 0,8 miljoen aan bestuurlijke boetes opgelegd. Deze boetes, die geïnd worden door de NZa, komen als niet-belastingontvangst binnen bij VWS en zijn daarmee onderdeel van de VWS-begroting.

Vraag 37
Worden de instellingen die daadwerkelijk fraude hebben gepleegd de komende jaren extra gecontroleerd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 37:
Na afronding van de onderzoeken door zorgverzekeraars waarin fraude is vastgesteld nemen zorgverzekeraars uiteraard maatregelen om de fraude te bestraffen en deze in de toekomst helpen te voorkomen. Maatregelen die in dit kader worden ingezet zijn bijvoorbeeld het intern signaleren om fraudeurs extra te kunnen controleren, het opzeggen van de overeenkomst, het registreren van de zorgaanbieder in het waarschuwingsregister waarmee andere verzekeraars worden gewaarschuwd voor de fraudeur en het verzoek om in te zetten op straf-/ bestuurs- of tuchtrechtelijke handhaving. Zorgverzekeraars kunnen via het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ) diverse bronnen raadplegen waarmee zorgverzekeraars ook zorgaanbieders kunnen screenen. Informatie hieruit kan worden meegenomen in de inkoop en controle door zorgverzekeraars.

Vraag 38
Welke extra maatregelen worden er genomen om de pakkans bij onjuist declareren en fraude te vergroten?

Antwoord 38:
In het kader van de aanpak van fouten en fraude in de zorg heeft VWS vanaf 2014 geïnvesteerd in het versterken van de inzet op het toezicht en de opsporing. VWS heeft hiertoe extra middelen beschikbaar gesteld voor het uitbreiden van het toezicht op correct declareren door de NZa en de strafrechtelijke opsporing van vermoedens van fraude door de Inspectie SZW en het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM/FP). In 2014 is € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld en vanaf 2015 gaat het om € 10 miljoen per jaar. Vanaf 2016 is er structureel nog € 2,4 miljoen extra beschikbaar gesteld voor strafrechtelijke vervolging bij constatering van

vermoedens van fraude. Met de extra middelen voor toezicht wordt de capaciteit bij de NZa voor het toezicht op correct declareren uitgebreid. Dit betekent dat de NZa in meer zorgsectoren toezicht op correct declareren kan uitvoeren. De extra middelen voor opsporing zijn bij de Inspectie SZW ingezet om hun taakopdracht te verbreden van het uitvoeren van opsporingsonderzoek op het terrein van pgb-fraude naar declaratiefraude in de Zvw. Naast de extra inzet op bestuursrechtelijk toezicht en strafrechtelijke vervolging wordt ingezet op meer preventieve maatregelen die bijdragen aan het verminderen en voorkomen van onrechtmatige declaraties, bijvoorbeeld door het verbeteren van de controles door zorgverzekeraars en het inzichtelijker maken van de zorgnota's. Ik verwacht dat het ingezette beleid met betrekking tot de aanpak van fouten en fraude in de zorg bijdraagt aan de verhoging van de pakkans.

Vraag 39
Wordt overwogen de boetes op onjuist declareren en fraude te verhogen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 39:
De NZa bepaalt de hoogte van een boete op basis van de Beleidsregel bestuurlijke boete Wet marktordening gezondheidszorg 2015 (AL/BR-0048). De beleidsregel kent diverse stappen om tot een evenredige boetebepaling te komen. Die systematiek werkt volgens de NZa naar tevredenheid. Er is geen reden om aan te nemen dat de maximale hoogte van de boete zoals bepaald in de Wmg (maximaal € 500.000 of, indien dat meer is, 10% van de omzet van de onderneming in Nederland) niet toereikend zou zijn.

Vraag 40
Kunt u een overzicht geven van de bedragen die zorgverzekeraars hebben teruggevorderd omdat declaraties onjuist bleken, alsmede de opbrengst van fraudeonderzoek door zorgverzekeraars voor zowel onjuistheden als daadwerkelijke fraude voor de periode 2006–2016?

Antwoord 40:
Sinds 2011 verzamelt en publiceert ZN de resultaten van zorgverzekeraars naar aanleiding van de formele en materiële controles en fraudeonderzoeken over de jaren 2010 tot en met 2014. Binnenkort komen de resultaten over 2015 beschikbaar. Onderstaand overzicht geeft voor de jaren 2010–2014 de geconstateerde onjuiste declaraties uit de formele en materiële controle en de door zorgverzekeraars vastgestelde fraude weer. Alle onterecht uitgekeerde declaraties worden in beginsel teruggevorderd, ongeacht of het om een fout of om fraude gaat.

(bedragen x € 1 miljoen)	2010	2011	2012	2013	2014
onjuistheden n.a.v. controle	106	167	198	329	449
vastgestelde fraude zorgverzekeraars	6,2	7,7	6	9,3	18,7

Vraag 41
Hoeveel meer toezichttrajecten en opsporingsonderzoeken hebben de NZa, Inspectie SZW en het OM kunnen uitvoeren met de extra beschikbaar gestelde middelen ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 41:
In het kader van de aanpak van fouten en fraude in de zorg hebben wij vanaf 2014 geïnvesteerd in het versterken van de inzet op het toezicht, de

opsporing en vervolging. In 2014 ging het om € 5 miljoen en thans om structureel
€ 12,4 miljoen. Een deel van de middelen is toebedeeld aan de NZa voor het versterken van het toezicht op correct declareren in vijf zorgsectoren waarvoor een specifieke aanpak is ontwikkeld. Dit zijn de sectoren farmacie, mondzorg, huisartsenzorg, zelfstandige behandelklinieken en bewegingszorg. In het kader van de toezichttrajecten heeft de NZa tot nu toe 28 extra toezichtonderzoeken uitgevoerd. Naast de vijf bovengenoemde toezichttrajecten heeft de NZa al langer trajecten lopen in de ziekenhuissector, de ggz en de thuiszorg. In dat kader heeft de NZa ook toezichtonderzoeken uitgevoerd.

De overige middelen worden ingezet bij de Inspectie SZW en het Openbaar Ministerie (OM) voor het versterken van de capaciteit voor strafrechtelijke opsporing en vervolging. De Inspectie SZW en het OM kunnen daardoor op jaarbasis meer strafrechtelijke onderzoeken naar fraude in de zorg uitvoeren. Genoemde partijen maken jaarlijks afspraken over het aantal uit te voeren onderzoeken en leggen deze vast in een zogeheten handhavingsarrangement. Conform het huidige handhavingsarrangement kunnen de Inspectie SZW en het OM jaarlijks tussen de 8 en 12 extra opsporingsonderzoeken uitvoeren. Het daadwerkelijk aantal onderzoeken blijft daarbij afhankelijk van de omvang en complexiteit van de zaken.

Vraag 42
Hoeveel personen of hun wettelijk vertegenwoordigers hebben sinds 1 januari 2015 gefraudeerd met persoonsgebonden budgetten?

Antwoord 42:
Het persoonsgebonden budget (pgb) is als financieringsinstrument beschikbaar in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Jeugdwet (Jw) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De verantwoordelijkheid voor het onderzoeken van (vermoedens van) fouten en fraude is, afhankelijk van welke wet het betreft, belegd bij zorgkantoren (Wlz), gemeenten (Wmo 2015 en Jw) en zorgverzekeraars (Zvw). Zij kunnen op basis van een uitgevoerd (fraude)onderzoek vaststellen dat er fraude is gepleegd. Zorgkantoren en gemeenten doen dit vanuit het bestuursrecht en zorgverzekeraars vanuit het civiel recht. Daarnaast kunnen het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie SZW vanuit het strafrecht onderzoek doen naar vermoedens van fraude met het pgb. Er is geen centrale registratie waarin voor de verschillende juridische kaders wordt bijgehouden hoeveel personen (pgb-) fraude hebben gepleegd.

Om te zorgen dat betalingen goed blijven verlopen, blijft het van belang dat gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen en, waar nodig, tijdig het toekenningsbericht (TKB) bij de SVB aanleveren. De ketenregisseur, de SVB en de VNG blijven dit proces nauwlettend volgen.

Vraag 43
Hoeveel verspilling in de zorg is voorkomen door acties voortkomend uit het Meldpunt Verspilling?

Antwoord 43:
Op grond van de meldingen die zijn binnengekomen bij het Meldpunt verspilling in de zorg zijn acties geformuleerd, pilots gestart en is bewustwording gestimuleerd. Voor de zomer ontvangt u daarover een kamerbrief.

De aanpak van verspilling is onderdeel van de brede aanpak om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te vergroten. De vermindering van verspilling laat zich daardoor moeilijk zelfstandig kwantificeren.

Vraag 44
Hoeveel minder tijd zijn zorgverleners kwijt aan administratieve lasten door de maatregelen die genomen zijn om de regeldruk te verminderen?

Antwoord 44:
Er is geen meting gedaan hoeveel minder tijd zorgverleners kwijt zijn door de maatregelen die zijn genomen. Zoals in het AO regeldruk op 13 januari jl. aangekondigd zal ik onderzoek laten doen ten behoeve van een eenduidig begrippenkader met betrekking tot regeldruk in de zorg met bijbehorend overzicht van feiten en cijfers (Kamerstuk 29 515, nr. 378). Ook zet ik hierbij in op het komen tot meetbare indicatoren/elementen om eenduidig te kunnen beoordelen of de maatregelen hebben geleid tot vermindering van ervaren regeldruk voor zorgprofessionals. Waarbij een uitvraag vervolgens zo ingericht dient te worden dat deze niet tot onnodige regeldruk leidt. Ik verwacht dit jaar de resultaten van dit onderzoek. Daarop vooruitlopend hoor ik al wel van bijvoorbeeld huisartsen dat de genomen maatregelen tijdswinst opleveren. Op verzoek van andere eerstelijnspartijen heb ik bij het aanbieden van de tussenrapportage «Minder lasten, meer zorg» op 25 mei jl. ook afgesproken dat ik de resultaten van de afspraken de komende periode meet.[2]

Dit kan een effect hebben op de uitbetalingen. Dit wordt zorgvuldig gemonitord door de ketenregisseur die de ketenpartijen en mij daarover zal informeren. Het invoeren van de controles zal een positieve invloed hebben op de rechtmatigheid van de betalingen.

Vraag 45
Hoe staat het met de doelstellingen die het kabinet zichzelf heeft opgelegd wat betreft de verdere implementatie van eHealth, zoals de toegang tot medische gegevens, thuismetingen en beeldschermzorg? Wat gebeurt er op dit moment met de obstakels die worden ondervonden bij de opschaling en inzet van eHealth?

Antwoord 45:
Aan de doelstellingen, die gesteld zijn tot 2019, wordt vastgehouden en diverse acties worden ingezet. De 1-meting naar de doelstellingen laat zien dat actie nodig is om het gebruik van eHealth te realiseren en de doelen in 2019 te kunnen behalen. Op dit moment worden obstakels en belemmeringen op twee manieren aangepakt. Ten eerste door oplossingsgericht met relevante partijen te kijken naar de specifiek casus waar zich het obstakel voordoet. Dit gebeurt door waar mogelijk het gesprek te faciliteren en de reeds beschikbare ruimte binnen regelgeving te schetsen. Hiermee kan gezamenlijk worden gezocht naar een oplossing. Daarnaast zijn de belemmeringen van innovatoren het beginpunt van systeemverbeteringen, bijvoorbeeld in de regels voor bekostiging. In de eerste helft van oktober 2016 zal ik u over de ontwikkelingen in de groei en eventuele maatregelen informeren bij het verschijnen van de eHealthmonitor 2016.

Vraag 46
In hoeverre erkent het kabinet dat het gemiddeld genomen weliswaar erg goed gaat met de gezondheid van Nederlandse burgers, maar dat de gezondheidsverschillen tussen mensen met hoge en lage inkomens zorgwekkend zijn? Zo ja, welke ambities heeft het kabinet nog in aanloop

---

[2] Zie voor verdere informatie: www.minderlastenmeerzorg.nl

naar de verkiezingen? Zo nee, waarom accepteert het kabinet deze verschillen?

Antwoord 46:
De gezondheid van alle Nederlanders is de laatste jaren toegenomen, ook bij Nederlanders met een lage sociaal-economische status. Hoewel er dus veel is verbeterd, bestaan er nog steeds gezondheidsverschillen. De afgelopen 10 jaar is het verschil in de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders met het hoogste en het laagste opleidingsniveau groot maar stabiel gebleven op ruim 6 jaar. Hetzelfde geldt voor het verschil in gezonde levensjaren tussen het hoogste en laagste opleidingsniveau (19 jaar). Er is dus geen sprake van een opvallende toe- of afname.

De problematiek van gezondheidsachterstanden is complex en hardnekkig, waardoor het terugdringen van gezondheidsachterstanden een integrale aanpak en een lange adem vergt. Het probleem is complex omdat niet alleen gedrag en leefstijl maar juist ook onderliggende factoren zoals de sociale en fysieke leefomgeving, mate van participatie, arbeidszekerheid, opleiding, en de effecten van de economische crisis hun invloed hebben. Daarmee vergt het vraagstuk de aandacht van de rijksoverheid, maar zeker ook van lokale partijen. Op lokaal niveau wordt de integrale aanpak daarom bevorderd met het stimuleringsprogramma «Gezond In…», en op regionaal niveau is «Kans voor de Veenkoloniën» een integrale benadering voor het aanpakken van gezondheidsachterstanden.

Vanuit het Rijk dragen diverse trajecten bij aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Zo zorgen we voor laagdrempelige voorzieningen voor preventie en basiszorg in de buurt (eerstelijnszorg, sociale wijkteams, Healthy pregnancy for all) en creëren we samen met private partijen steeds meer mogelijkheden om gezonder te leven. Het Akkoord Verbetering Productsamenstelling en het programma «de Gezonde School» dragen bijvoorbeeld bij aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden door het voedselaanbod in zijn geheel gezonder te maken, terwijl preventieactiviteiten voor risicogroepen gestimuleerd worden met de maatregelen aangekondigd in de Kamerbrief «Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten» (Kamerstuk 32 793, nr. 213).

Deze trajecten en nog vele andere beleidsinspanningen dragen bij aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden, en laten zien dat het kabinet de aanpak van gezondheidsverschillen serieus neemt. Daarnaast werk ik ook aan een plan van aanpak voor het terugdringen van roken voor, tijdens en na de zwangerschap. Dit plan van aanpak stuur ik u voor het zomerreces toe.

Vraag 47
Welke aandoeningen komen er in de toekomst mogelijk in aanmerking voor de hielprikscreening? Hoe speelt het kabinet daar op in, en welke rol speelt de Gezondheidsraad? Hoe wordt de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad geborgd

Antwoord 47:
Het kabinet heeft in zijn standpunt van 9 juli 2015 (Kamerstuk 29 323, nr. 96) aangegeven de volgende veertien aandoeningen gefaseerd te willen opnemen in het neonatale hielprikscreeningsprogramma:
1. Bèta-thalassemie major (TM)
2. Carnitine acylcarnitine translocase deficiëntie (CACT)
3. Carnitine palmitoyltransferase deficiëntie type 1 (CPT1)
4. Carnitine palmitoyltransferase deficiëntie type 2 (CPT2)
5. Galactokinase deficiëntie (GALK)

6. Guanidinoacetaat methyltransferase deficiëntie (GAMT)
7. HbH ziekte (HbH)
8. Methyl-acetoacetyl-CoA thiolase deficiëntie; ketothiolase deficiëntie (MAT)
9. Methylmalon acidemie (MA)
10. Mucopolysaccharidosis type 1 (MPS I)
11. Organische cation transporter 2 (OCTN 2)
12. Propion acidemie (PA)
13. Severe combined immune deficiency (SCID)
14. X-gebonden adrenoleukodystrofie (X-ALD)

Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM heeft de opdracht gekregen om met een uitvoeringstoets de haalbaarheid van implementatie van deze veertien aandoeningen in het huidige screeningsprogramma in kaart te brengen. De uitvoeringstoets zal medio volgend jaar zijn afgerond.

Wanneer de wetenschappelijke ontwikkelingen daartoe opnieuw aanleiding geven, zal het kabinet de Gezondheidsraad om advies vragen over de aandoeningen die, gezien recente wetenschappelijke ontwikkelingen, onderdeel zouden moeten uitmaken van de neonatale hielprikscreening.

Bij de beslissing over deelname aan een Gezondheidsraadcommissie gelden sinds november 2015 de volgende uitgangspunten:

- Deskundigen die persoonlijk financieel gewin kunnen hebben bij de uitkomst van een advies, kunnen geen rol spelen in de totstandkoming van dat advies.
- Een deskundige die geen persoonlijk financieel belang heeft, maar wel een ander, scherp af te bakenen belang, kan lid worden van de commissie met de beperking dat hij buiten de beraadslaging wordt gehouden bij het onderwerp waarop zijn belang betrekking heeft.
- Een deskundige die een (niet persoonlijk financieel) belang heeft dat niet scherp af te bakenen is, wordt geen lid van de commissie. Wel kan zo iemand geraadpleegd worden door de commissie. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren in de vorm van een hoorzitting, een interview of deelname aan een of meer vergaderingen op uitnodiging van de commissie.
- Deskundigen die werken bij een dienstonderdeel van een ministerie (ambtenaren) kunnen geen lid worden van de commissie. De Kaderwet adviescolleges staat daaraan in de weg. Wel kunnen zij, net als de vorige categorie deskundigen, geraadpleegd worden via een hoorzitting, interview of deelname aan een of meer vergaderingen op uitnodiging van de commissie.
- Vertegenwoordigers van de opdrachtgevende ministeries zijn aan de commissie toegevoegd als waarnemer. Zij hebben geen zeggenschap en dragen geen verantwoordelijkheid voor het advies, maar leveren feitelijke informatie en toelichting op de adviesvragen aan. Ook vertegenwoordigers van (semi)overheidsorganisaties die betrokken zijn bij het adviesonderwerp (zoals de SER, de IGZ, het RIVM of het CBR) kunnen als waarnemer optreden.

Vraag 48
Welke vaccinaties voor ouderen overweegt het kabinet in de toekomst op te nemen in het Rijksprogramma dan wel de basispolis?

Antwoord 48:
Op dit moment worden in het kader van de beoordelingskamer vaccins, samenwerking tussen de Gezondheidsraad en het Zorginstituut

Nederland, de vaccinaties tegen gordelroos en pneumokokken beoordeeld op onder meer effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid.
De besluitvorming over opname van vaccinaties in een rijksprogramma of vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet wordt mede bepaald door de uitkomsten van deze beoordeling.

Vraag 49
Gaat de Richtlijn Multidisciplinair preventief medisch onderzoek op korte termijn leiden tot een keurmerk of andersoortige onderscheiding, zodat burgers makkelijk kunnen zien of een test of zelfonderzoek voldoet aan de richtlijn? Zo ja, hoe ziet dat traject er uit? Zo nee, waarom niet? Hoe wordt verkeerd gebruik van zelftesten voorkomen?

Antwoord 49:
De Multidisciplinaire Richtlijn biedt randvoorwaarden voor de kwaliteit waaraan preventief medisch onderzoek moet voldoen. Aanbieders krijgen hiermee handvatten aangereikt voor het aanbieden en uitvoeren van kwalitatief goed preventief medisch onderzoek. Ook geeft de richtlijn een raamwerk voor een informatiesysteem over preventief medisch onderzoek voor gebruikers. De Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch onderzoek is uitgebracht in 2013. In vervolg daarop is verkend of in het veld voldoende draagvlak was voor het ontwikkelen van een keurmerk. Dat bleek niet het geval. De KNMG heeft daarnaast een brochure gemaakt die gebruikers informeert over preventief medisch onderzoek en hen ondersteunt bij het maken van een keuze om deze al dan niet uit te (laten) voeren.

Vraag 50
Uit welke internationale vergelijkingen blijkt dat Nederland op het terrein van ziektepreventie bovengemiddeld scoort? Welke landen scoren goed, en wat kunnen we van die landen leren?

Antwoord 50:
Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 van het RIVM blijkt dat het relatief goed gaat met de trends in onze gezondheid. De levensverwachting is de laatste tien jaar sterk gestegen en een aantal trends in leefstijl is niet langer ongunstig. Nederland is na Zweden, Noorwegen, IJsland en Finland het succesvolste Europese land wat preventiebeleid betreft. In een vergelijkende studie van o.a. Mackenbach werden de prestaties op tien verschillende terreinen vergeleken: roken, alcohol, voeding, zwangerschap en bevalling, jeugdgezondheidszorg, infectieziekten, hypertensie, kankerscreening, verkeersveiligheid en luchtverontreiniging. Op de meeste van deze terreinen doet Nederland het beter dan het Europese gemiddelde. Op basis van internationaal vergelijkend onderzoek naar het gezondheidsbeleid in andere landen heeft het RIVM aangegeven dat het effectief is om gezondheidsproblemen vaker aan te pakken met een nationale strategie of actieplan en een integrale aanpak via verschillende domeinen. Met het Nationaal Programma Preventie wordt hier stevig op ingezet via een brede integrale aanpak met veel partners en gericht op wijk, omgeving, school, werk en de zorg.

Vraag 51
Welke preventie-activiteiten werden in 2015 vergoed vanuit het verzekerde pakket?

Antwoord 51:
Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn onder voorwaarden onderdeel van het basispakket van de Zvw. Voorwaarde is dat de verzekerde een ziekte moet hebben of een hoog risico daarop. Bovendien moet hij redelijkerwijs zijn aangewezen op preventie en moet

de preventie voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Onder andere dieetadvisering, stoppen met roken programma's, advisering over leefstijl bij zwangerschap, diabetes begeleiding en bepaalde interventies ter voorkoming van depressie worden uit het basispakket vergoed. Daarnaast maakt preventie onderdeel uit van goed zorgverlenerschap en is het in de tarieven van verschillende zorgverleners opgenomen. Iedere zorgverlener heeft ook preventieve taken ten opzicht van zijn patiënt. Dat maakt integraal onderdeel uit van zijn professie.

Vraag 52
Welke preventie-activiteiten zijn effectief bevonden maar werden in 2015 niet vergoed vanuit het verzekerde pakket?

Antwoord 52:
Preventieactiviteiten die niet gericht zijn op individuen, worden – ook wanneer zij effectief zijn bevonden – niet vergoed uit het verzekerde pakket.

Vraag 53
Wat is de verhouding van producten waarvan het zoutgehalte is gestegen dan wel gelijk gebleven versus de producten waarvan het zoutgehalte is gedaald ten tijde van het Akkoord verbetering product samenstelling?

Antwoord 53:
Voor de productgroepen die het meeste bijdragen aan de inname van zout zijn in 2014 en 2015 de eerste afspraken gemaakt. De receptuur van de betreffende producten wordt momenteel aangepast. In de eerste afspraak wordt een maximumnorm gesteld waardoor de producten met de hoogste pieken aan zoutgehalte worden aangepast. Hiermee wordt de spreiding in zoutgehalte van producten in dezelfde productcategorie verkleind. Het gemiddelde zoutgehalte binnen de productcategorie gaat hierdoor naar beneden.
Op dit moment kan ik niet aangeven welk deel van de producten gelijk, verlaagd of verhoogd zijn in zoutgehalte. Door koppeling van databases met voedingswaardegegevens hoop ik daar volgend jaar meer inzicht in te hebben. De NVWA doet een jaarlijkse steekproef van de meest voorkomende producten in de reguliere supermarkten. In 2016 wordt door het RIVM een bredere monitor gedaan om inzicht te krijgen in de productverbetering.

Vraag 54
Welke concrete stappen zijn er gezet met betrekking tot Europese afspraken over een verbeterde productsamenstelling?

Antwoord 54:
Het doel van de Nederlandse prioriteit rond productverbetering tijdens het voorzitterschap, is om te komen tot een sterkere gezamenlijke EU inzet op productverbetering wat betreft zout, verzadigd vet en suikers.
Op 22 en 23 februari 2016 werd hiertoe een EU-conferentie georganiseerd, tijdens welke de in het jaarverslag genoemde «Roadmap for Action» is aangenomen om stapsgewijs, door publiek-private samenwerking, het productaanbod te verbeteren zodat de gezonde keuze makkelijker wordt. Ook het verbeteren van dataverzameling en monitoring en het uitwisselen van goede voorbeelden maken onderdeel uit van de onderschreven acties op EU-niveau. Op dit moment hebben 22 Lidstaten, Noorwegen en Zwitserland, 4 Europese sectororganisaties van bedrijfsleven en 4 Europese maatschappelijke organisaties op het gebied van gezondheid hebben de Roadmap onderschreven.
Tijdens de informele Gezondheidsraad op 18 april 2016 is de uitkomst van de conferentie gedeeld en besproken wat de volgende stappen zouden

moeten zijn ten aanzien van productverbetering. Hierbij werd steun uitgesproken voor een gecoördineerde aanpak.
In Raadswerkgroepverband wordt momenteel door de Lidstaten en de Europese Commissie gesproken over hoe de acties uit de Roadmap en de opbrengsten van de Informele Raad in Raadsconclusies verder kunnen worden geconcretiseerd en verankerd. Tijdens de Formele Gezondheidsraad van 17 juni agendeer ik deze Raadsconclusies ter aanname.
Ook na het Nederlands Voorzitterschap zal ik me actief blijven inzetten op dit onderwerp en zal ik onze trio-partners Slowakije en Malta, die ook aandacht zullen besteden aan productverbetering, waar nodig ondersteunen.
In de tussentijd wordt door en met de Europese Commissie en de Lidstaten gewerkt aan de implementatie van de afspraak over reductie van toegevoegde suikers. Hier zijn verschillende werkgroepen voor georganiseerd waarbij lidstaten en bedrijven voor verschillende productgroepen hun ervaring en resultaten hebben gedeeld.

Vraag 55
Hoeveel van de 80% van de gemeenten met een alcohol preventie- en handhavingsplan heeft een plan dat voldoet aan alle vereisten? Wat doet het kabinet om gemeenten zonder plan te stimuleren snel een plan te maken en wat doet het kabinet om bestaande plannen te verbeteren?

Antwoord 55:
Op 6 mei 2015 heb ik de resultaten van het onderzoek naar de stand van zaken van de lokale preventie- en handhavingsplannen, en mijn beleidsreactie daarop, naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 27 565, nr. 133). Dit jaar laat ik weer onderzoek doen naar de plannen, evenals naar de stand van zaken van het lokale toezicht en de handhaving. De resultaten daarvan verwacht ik in het najaar. Daaruit zal moeten blijken of alle gemeenten inmiddels een preventie- en handhavingsplan hebben dat aan alle vereisten voldoet.
Naar aanleiding van de resultaten van vorig jaar heb ik gesprekken gevoerd met een aantal lokale bestuurders en heb ik alle burgemeesters per brief opgeroepen werk te maken van de preventie- en handhavingsplannen. Verder is het aan de gemeenteraden om er bij hun colleges op aan te dringen dat zij zorgen voor een plan dat bovendien van voldoende kwaliteit is.

Vraag 56
Welke concrete gezondheidseffecten heeft het Convenant Gezond Gewicht opgeleverd?

Antwoord 56:
In mijn brief van 20 april 2015 (Kamerstuk 31 899, nr. 25) heb ik u geïnformeerd over de resultaten van het Convenant Gezond Gewicht 2014. Hetzelfde heb ik gedaan voor de jaren 2013 (Kamerstuk 31 899, nr. 23) en 2012 (Kamerstuk 31 899, nr. 22).
Zoals aangegeven in de brief is in 2015 het Convenant Gezond Gewicht opgeheven en heeft de stichting Jongeren Op Gezond Gewicht de ambitie op zich genomen om in 2020 in 75 gemeenten een stijging van het aantal jongeren op gezond gewicht te bewerkstelligen. Jongeren op Gezond Gewicht was eind 2015 actief in 91 gemeenten en bijvoorbeeld 425 sportverenigingen. De diverse lokale onderzoeken laten in een aantal gemeenten gunstige ontwikkelingen zien in het aandeel kinderen op gezond gewicht. Volledig overtuigend zijn deze feiten nog niet, daarvoor is het aantal gemeenten met meerdere metingen in de tijd nog te gering.
Alle resultaten en effecten van Jongeren Op Gezond Gewicht in 2015 zijn te vinden in de monitor, gepubliceerd op jongerenopgezondgewicht.nl/meten.

Vraag 57
Wat zijn de cijfers over 2015 met betrekking tot de sociaal-economische gezondheidsverschillen? Hoe verhouden deze cijfers zich tot de voorgaande jaren? Is er een toename of een afname in de verschillen te zien? Zijn er verschillen te zien per regio/gebied?

Antwoord 57:
De gezondheid van alle Nederlanders is de afgelopen jaren toegenomen, ook voor mensen met een lage sociaal-economische status. De afgelopen 10 jaar is het verschil in de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders met het hoogste en laagste opleidingsniveau stabiel gebleven op ruim 6 jaar. Ook het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid is stabiel gebleven op ruim 19 jaar. Er is dus geen opvallende toename of afname in sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De meest recente cijfers aangaande sociaal-economische gezondheidsverschillen komen uit 2014[3]. Hieruit blijkt dat mannen met alleen basisonderwijs gemiddeld 76,7 jaar oud worden, vergeleken met 82,6 jaar bij mannen die een HBO of universitaire opleiding hebben gevolgd. Vrouwen met alleen basisonderwijs worden gemiddeld 80,2 jaar oud, vergeleken met 86,9 jaar bij vrouwen die een HBO of universitaire studie hebben gevolgd.
De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is bij zowel mannen als vrouwen met alleen basisonderwijs 53 jaar, vergeleken met 72 jaar bij mannen en vrouwen die een HBO of universitaire opleiding hebben gevolgd.

Er bestaan ook gezondheidsverschillen tussen (GGD) regio's. De gemiddelde levensverwachting in de regio's Amsterdam, Groningen, Zuid-Limburg en Twente ligt tussen de 80,2 en 81 jaar, en is daarmee lager dan het gemiddelde van 81,3. Zeeland, Zuid-Oost Brabant, Noord Limburg, Noordoost Gelderland, IJsselland, Utrecht, Zuid-Holland (met uitzondering van Rotterdam) en Noord-Holland (met uitzondering van Amsterdam) scoren daarentegen juist boven het landelijk gemiddelde met een levensverwachting tussen de 81,5 en 82 jaar.
Uitgedrukt in levensverwachting in goed ervaren gezondheid vanaf 19 jaar blijkt dat de regio's Zuid-Limburg, Twente, Amsterdam, Flevoland, Rotterdam-Rijnmond, Haaglanden, Zuid-Holland Zuid en Zuid-Gelderland met een range van 43 tot 46 jaar onder het landelijk gemiddelde van 46,6 jaar zitten. De regio's Noordoost Gelderland, IJsselland, Friesland, Gooi- en Vechtstreek, Hollands Midden, en Kennemerland zitten daar juist boven met gemiddeld tussen de 48 en 50 gezonde levensjaren.

Vraag 58
Wat zijn de belangrijkste resultaten van het akkoord verbetering productsamenstelling? In welke mate zijn het zoutgehalte, het suikergehalte en de verzadigde vetten in onze voeding teruggebracht?

Antwoord 58:
In mijn brief van 17 december (Kamerstuk 32 793, nr. 205) aan u over de voortgang van het akkoord verbetering productsamenstelling heb ik u geïnformeerd over de resultaten tot en met 2015. Voor de productgroepen die het meeste bijdragen aan de inname van zout zijn in 2014 en 2015 de eerste afspraken gemaakt. De praktische receptuuraanpassingen van deze eerste afspraken worden nu nog in het productieproces en op het etiket doorgevoerd en het effect is nog niet te meten. Het RIVM heeft daarom afgelopen jaar geen monitor uitgevoerd. Door koppeling van databases met voedingswaardegegevens hoop ik daar volgend jaar meer inzicht in

[3] https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting

te hebben. De NVWA doet jaarlijks een steekproef van de meest voorkomende producten in de reguliere supermarkten en geeft geen inzicht in het totaal assortiment. De jaarlijkse steekproef van de NVWA laat wel zien dat er beweging is tussen 2011 en 2015 en dat de afspraken die gemaakt zijn voordat het akkoord verbetering productsamenstelling is gestart effect hebben (brood, Goudse kaas, groenteconserven).

Vraag 59
Op welke termijn zullen alle gemeenten in Nederland beschikken over een preventie- en handhavingsplan voor alcohol? Welke maatregelen kunt u nemen om ervoor zorg te dragen dat dit uiterlijk eind 2016 is gerealiseerd?

Antwoord 59:
Dit jaar laat ik weer onderzoek doen naar de plannen, evenals naar de stand van zaken van het lokale toezicht en de handhaving. De resultaten daarvan verwacht ik in het najaar. Daaruit zal moeten blijken of inmiddels alle gemeenten een preventie- en handhavingsplan hebben.
Naar aanleiding van de resultaten van vorig jaar heb ik gesprekken gevoerd met een aantal lokale bestuurders en heb ik alle burgemeesters per brief opgeroepen werk te maken van de preventie- en handhavingsplannen. Verder is het aan de gemeenteraden om er bij hun colleges op aan te dringen dat zij zorgen voor een plan.

Vraag 60
Wat is de stand van zaken met betrekking tot de One Health-benadering bij de aanpak van antibioticaresistentie?

Antwoord 60:
Er is in de afgelopen periode hard gewerkt aan de integrale, one health aanpak van antibioticaresistentie. Zowel nationaal als internationaal. Deze integrale one health aanpak houdt in dat binnen alle betreffende domeinen maatregelen worden getroffen om antibioticaresistentie tegen te gaan. De verschillende domeinen zijn de humane gezondheidszorg, dieren, milieu, voedselveiligheid, innovatie, communicatie en internationaal

In het kader van het Europees voorzitterschap werken de Staatssecretaris Van Dam en ik samen om afspraken te maken met de andere Europese lidstaten over het nemen van resultaatgerichte maatregelen. De tijd van agenderen is immers voorbij. Het is tijd voor internationale actie, zowel op het terrein van humane gezondheid als bij dieren. De resultaten van onze inzet zullen binnenkort bekend zijn.

Zoals eerder toegezegd zal ik u voor de zomer schriftelijk informeren over de stand van zaken rond de aanpak van antibioticaresistentie.

Vraag 61
Hoeveel gemeenten hebben nog geen preventie- en handhavingsplan voor alcohol? Waarom hebben deze gemeenten nog geen preventie- en handhavingsplan voor alcohol? Wat is de kwaliteit van de preventie- en handhavingsplannen voor alcohol? Hoe staat het met de nalevingscijfers?

Antwoord 61:
Op 6 mei 2015 heb ik de resultaten van het onderzoek naar de stand van zaken van de lokale preventie- en handhavingsplannen, en mijn beleidsreactie daarop, naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 27 565, nr. 133. Dit jaar laat ik weer onderzoek doen naar de plannen, evenals naar de stand van zaken van het lokale toezicht en de handhaving. De resultaten daarvan verwacht ik in het najaar.
De nieuwe nalevingscijfers verwacht ik u deze zomer te kunnen sturen.

Vraag 62
Wanneer moet 100% van de schoolpleinen in het voortgezet onderwijs rookvrij zijn?

Antwoord 62:

- Met ingang van 2020 schrijft de tabakswet voor te regelen dat scholen een rookvrij schoolterrein hebben.
- In de tussentijd stimuleren we scholen in het po, vo en mbo om zelf een rookvrij schoolterrein in te voeren. Ik heb daartoe in 2015 extra ondersteuning beschikbaar gesteld aan de drie onderwijsraden, het Longfonds, GGD-en en Trimbos (verenigd in de Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl). Hiertoe is de kennis en expertise van het Longfonds gekoppeld aan het netwerk en de aanpak van de Gezonde School.
- Het aantal rookvrije vo-scholen is de afgelopen jaren behoorlijk gestegen. Van 26% in 2012, 48% in 2014 en 53% in 2015. Uiteindelijk is het streven om vóór 2020 alle scholen in het po, vo en mbo rookvrij te maken.
- Om het proces te versnellen heb ik de onderwijsraden recent verzocht dit onderwerp bestuurlijk te agenderen in hun contacten met schoolbesturen. Met een brief hebben zij inmiddels een moreel appel op scholen gedaan en gewezen op het beschikbare (gratis) advies en ondersteuningsaanbod.

Vraag 63
Waarom mogen zorgverzekeraars het eigen risico kwijt schelden als patiënten naar een bepaalde gecontracteerde zorgaanbieder gaan? Kwaliteit en niet geld dient toch de doorslag te geven bij een zorgvraag?

Antwoord 63:
Om het proces van contractering ook vanuit de verzekerden te bevorderen, bestaat voor zorgverzekeraars de mogelijkheid om polissen aan te bieden waar het verplicht eigen risico gedeeltelijk of geheel wordt kwijtgescholden wanneer gebruik wordt gemaakt van door de zorgverzekeraar aangewezen gecontracteerd aanbod. Of en in welke gevallen de vrijstelling of korting op het verplicht eigen risico wordt gehanteerd, is aan de zorgverzekeraar zelf.

Zoals beschreven in mijn brief Kwaliteit loont van 5 februari 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 116), is contractering mijns inziens het vehikel om kwaliteit van de zorg te verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over kwaliteit en prijs. In belang van patiënten en premiebetalers moeten er prikkels bestaan om een contract met elkaar te willen sluiten. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om het eigen risico gedeeltelijk of geheel kwijt te schelden wanneer patiënten naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaan, vergroot deze prikkel en daarmee de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

Vraag 64
Op welke manier(en) stimuleert u dat de eerste lijn zoveel mogelijk mensen helpt?

Antwoord 64:
Het kabinet heeft afgelopen jaren een aantal belangrijke hervormingen in de zorg doorgevoerd dat erop gericht is dat mensen zo lang mogelijk zelfredzaam zijn, participeren in de samenleving en waar nodig ondersteuning en zorg in de nabije, vertrouwde eigen omgeving kunnen ontvangen.

Op een aantal manieren stimuleert het kabinet dat de eerste lijn zoveel mogelijk mensen helpt.

In het bestuurlijk akkoord eerste lijn is ten opzichte van andere sectoren 1,5% extra groei toegekend aan het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van gewenste substitutie, zorgvernieuwing en het belonen van uitkomsten. Daar bovenop is afgesproken dat aanbieders en verzekeraars extra afspraken mogen maken over substitutie van zorg mits dit leidt tot minder uitgaven elders aan zorg. De substitutiemonitor heeft voor 2015 de substitutieafspraken die verzekeraars en aanbieders in de sectoren hebben gemaakt in kaart gebracht. Aan de hand van de uitkomsten van deze substitutiemonitor is het beschikbare kader 2016 voor de medisch-specialistische zorg met € 24,9 miljoen naar beneden bijgesteld en zijn de beschikbare kaders 2016 voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met € 10,9 miljoen respectievelijk € 14 miljoen verhoogd.

Naast deze extra middelen voor groei en substitutie is de eerste lijn versterkt door de wijkverpleegkundige zorg over te hevelen naar de Zvw. Daarmee is er een belangrijke speler naast de huisarts gepositioneerd die naar eigen inzicht kan beoordelen welke zorg de patiënt behoeft en daarmee een belangrijke signaalfunctie heeft en waar nodig verbinding legt met het sociale domein. Tevens is er door de inzet van de wijkverpleegkundige meer aandacht voor de zelfredzaamheid van mensen en wordt de inzet van het sociale netwerk gestimuleerd.

Tot slot is het van belang dat voor die, veelal oudere, patiënten die vanwege hun verslechterde gezondheidssituatie tijdelijk meer zorg nodig hebben er een mogelijkheid bestaat om deze patienten kortdurend op te nemen. Vooralsnog is hiervoor een tijdelijke subsidieregeling eerstelijnsverblijf onder de Wlz van kracht, maar als sluitstuk van de hervormingen wordt het eerstelijnsverblijf overgeheveld naar de Zvw per 2017.

Deze hervormingen in de zorg vragen ook wat van de wijze waarop we in Nederland de zorg georganiseerd hebben. Overal in Nederland wordt gewerkt aan implementatie van de hervormingen. Samenwerking in de regio is nodig om te komen tot een integraal aanbod van zorg en ondersteuning. Deze samenwerking is echter niet vanzelfsprekend en vereist van alle partijen bereidheid te investeren in een duurzame relatie. In de praktijk worden al veelvuldig verbindingen gelegd om de zorg en ondersteuning goed in te richten, maar we zijn er nog niet. Vanuit de praktijk moet gezamenlijk naar oplossingen worden gezocht aansluitend op regionale situatie zodat we in gezamenlijkheid borgen dat de zorg voor comorbide oudere patiënten gewoon goed is. Het Praktijkteam Zorg op de Juiste Plek kan daar ondersteuning in bieden (o.a. door het inventariseren van knelpunten, de juiste betrokkenen bijeen brengen en toelichting geven wat er mogelijk is binnen de huidige wet- en regelgeving). Het praktijkteam houdt zich bezig met vraagstukken rond regionale overdracht van patiënten tussen thuis, ziekenhuis, tijdelijke opname en wonen in een instelling.

Vraag 65
In hoeverre zijn de projecten die zijn ingezet om het tekort aan wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk te beperken geslaagd, en wat waren de criteria voor slagen?

Antwoord 65:
De projecten bevinden zich nog in uitvoering. Het is derhalve nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over de effecten van de projecten.

Uiteindelijk moet het geheel aan projecten ertoe leiden dat het tekort aan wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk wordt beperkt.

Vraag 66
Welke vorderingen heeft het kabinet gemaakt met het integreren van en de samenwerking tussen centrale huisartsposten en SEH afdelingen?

Antwoord 66:
Het bevorderen van verdere samenwerking tussen huisartsenposten (HAP's) en spoedeisende hulp (SEH's) is onderdeel van mijn beleid. In 2014 en 2015 heeft InEen subsidie van VWS ontvangen om de samenhang en samenwerking in de keten van acute zorg te onderzoeken en te verbeteren. Uit het onderzoek blijkt dat 55% van de HAP's (zeer) nabij een SEH zijn gevestigd. Er zijn door verschil in uitvraag geen benchmarkcijfers om mee te vergelijken, maar uit interviews blijkt dat er sprake is van een stijging die blijft doorzetten.

Het programma is inmiddels afgerond en op de website van InEen zijn de resultaten te vinden. Hier vindt u een rapportage van onder huisartsenposten gehouden interviews over de stand van zaken, knelpunten, succesfactoren en belemmeringen, en voorbeeldovereenkomsten uit de praktijk. Één van de knelpunten die uit het onderzoek van InEen naar voren komt is dat de bekostiging van HAP en SEH soms niet goed op elkaar aansluiten. Aansluitend hierop doet de NZa momenteel onderzoek naar substitutie tussen HAP en SEH. Hieruit kunnen aanbevelingen volgen, waarmee weer een volgende stap gezet kan worden in de nauwere samenwerking tussen HAP en SEH.

Vraag 67
In hoeverre hebben zorgverzekeraars en aanbieders van eerstelijnszorg de beschikbare groeiruimte in 2015 benut, en wat verwacht het kabinet voor dit jaar?

Antwoord 67:
De groeiruimte is aan het begin van de kabinetsperiode voor de jaren 2013–2017 vastgesteld en voor de verschuillende sectoren gereserveerd, dus ook voor de sectoren binnen de eerstelijnszorg. Daarnaast is voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg via het Bestuurlijk akkoord eerste lijn de groeiruimte bijgesteld. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om deze ruimte te benutten. Uit de voorlopige realisatiecijfers over 2015, ontvangen van het Zorginstituut, kan worden opgemaakt in hoeverre de groeiruimte 2015 in de verschillende eerstelijnssectoren is benut. Hieruit blijkt dat in de sectoren huisartsenzorg, paramedische zorg, verloskunde en kraamzorg de groeiruimte niet volledig is benut. In de tandheelkundige zorg is sprake van een overschrijding en is de groeiruimte benut. Zie ook de verschillende tabellen in paragraaf 6.1.1 van het financieel Beeld Zorg in het jaarverslag. Hoe dat in 2016 zal zijn, is nu nog niet te voorspellen.

Vraag 68
Waaruit blijkt dat er komende jaren voldoende (Hbo-opgeleide) wijkverpleegkundigen zijn om te voldoen aan de zorgvraag?

Antwoord 68:
Het rapport «Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015–2019» beschrijft de verwachte ontwikkeling in de vraag naar en aanbod van wijkverpleegkundigen. Dit rapport is samen met de betrokken veldpartijen tot stand gekomen en heb ik uw Kamer, vergezeld van een kabinetsrectie, reeds doen toekomen (Kamerstuk 34 104, nr. 99). Uit het rapport blijkt dat de komende jaren (tot 2019) de vraag naar wijkverpleegkundigen zal toenemen. Zonder extra inspanningen dreigt een tekort tussen de 750 en

2.200 wijkverpleegkundigen t/m 2019. Allereerst is het aan sociale partners in de zorg om in goed overleg met het onderwijs op zoek te gaan naar oplossingen voor het dreigende tekort. Uiteraard ondersteun ik die dialoog. Daarom heb ik in de kabinetsreactie een aantal projecten en initiatieven benoemd die bijdragen aan het voorkomen van een dergelijk tekort. In aanvulling op die projecten wordt met de regionale sectorplannen zorg mede ingezet op het opscholen van Mbo naar Hbo. Naar verwachting gaat het om ruim 550 opscholingstrajecten van Mbo-verpleegkundige naar Hbo-verpleegkundige.

Vraag 69
Op welke manier heeft volgens het kabinet de openbaarheid van het contracteerbeleid van zorgverzekeraars bijgedragen aan de positie van de verzekerde, en op welke manier zou deze openbaarheid verder kunnen worden vergroot om zo de transparantie van de zorgmarkt te vergroten?

Antwoord 69:
De verzekerde is er bij gebaat als hij zich desgewenst kan informeren over het contracteringsbeleid van de verzekeraar. Het algemene contracteringsbeleid wordt door zorgverzekeraars opgesteld in samenspraak met een breed palet aan betrokkenen: van zorgaanbieders tot patiënten- en consumentenorganisaties, soms landelijk, soms juist regionaal georganiseerd. Vervolgens maken zorgverzekeraars inzichtelijk waar dit beleid toe leidt en welke aanbieders wel worden gecontracteerd en welke niet. Zorgverzekeraars brengen dat via een zorgvinder of zorgzoeker in kaart. Daarbij wordt regelmatig inzichtelijk gemaakt om welke reden zij zorgaanbieders wel of niet contracteren, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder de kwaliteitsnormen, zoals door de beroepsgroep opgesteld, behalen. Als de verzekerde daar behoefte aan heeft, kan hij zich hierover laten informeren en zijn keuze (mede) hierop bepalen. Zorgverzekeraars beschikken over de nodige achterliggende informatie. Mogelijk zouden zij verzekerden er nog vaker op kunnen attenderen dat zij de verzekeraar om hulp mogen vragen voor het maken van een keuze. Op deze manier zou de informatie die beschikbaar is bij zorgverzekeraars nog beter benut kunnen worden.

Vraag 70
Welke oplossingen ziet u om het aantal meldingen bij de spoedeisende hulp terug te dringen, indien de zorgvraag ook goed kan worden behandeld bij de huisarts(enpost), zeker nu het aantal kwetsbare ouderen de komende jaren toeneemt? Welke rol kan de specialist ouderengeneeskunde hierin volgens u spelen?

Antwoord 70:
Indien iemand een klacht heeft tijdens de avond-, nacht- of weekenduren – en er is geen sprake van acuut gevaar – dan kan hij het beste de huisartsenpost (HAP) bellen. Deze kan door middel van triage de patiënt adviseren of hij het beste tot de volgende werkdag kan wachten, naar de HAP kan gaan of naar de spoedeisende hulp (SEH) kan gaan. Ik ben dus voorstander van seriële samenwerking tussen HAP en SEH, hierbij zitten HAP en SEH op dezelfde locatie en meldt de patiënt zich aan een gezamenlijk loket. Zie mijn antwoord op vraag 66 welke acties ik onderneem om deze samenwerking te bevorderen. Daarnaast wijst VWS in haar publiekscampagne «Meer weten over zorg» (die sinds november loopt) op gepast gebruik van de SEH. Dit onder andere met een banner, radiospot en online video die verwijzen naar de site meerwetenoverzorg.nl.

De specialist ouderengeneeskunde kan een goede rol spelen in het voorkomen van SEH-bezoeken. Er is een toename van kwetsbare ouderen

met een complexe zorgvraag die thuis wonen en de zorg van de huisarts ontvangen. De specialist ouderengeneeskunde kan door de huisarts worden ingeschakeld om zijn kennis en competenties op het gebied van ouderen en complexe zorgvragen bij deze patiëntengroep in te zetten. De verwachting is dat hierdoor soms eerder of anders ingegrepen wordt, waardoor een SEH-bezoek kan worden voorkomen.

Vraag 71
Welke afspraken heeft het kabinet tijdens haar Nederlandse voorzitterschap gemaakt met andere lidstaten over het delen van geneesmiddelenprijzen en het gezamenlijk inkopen van medicijnen? In hoeverre stemmen deze resultaten het kabinet tevreden?

Antwoord 71:
Er zijn tijdens het voorzitterschap nog geen concrete afspraken gemaakt over het delen van geneesmiddelenprijzen, of gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen.

Wel zijn er bilaterale gesprekken gaande om de Benelux samenwerking uit te breiden. De inzet daarbij is om onderling meer transparantie rond prijzen te betrachten en om waar mogelijk gezamenlijke prijsonderhandelingen te voeren. Deze gesprekken verlopen voorspoedig en leiden naar verwachting op korte termijn tot uitbreiding van het samenwerkingsverband.

Het zou wenselijk zijn dat landen op deze terreinen zo snel mogelijk met elkaar samenwerken. Maar zoals eerder aan de Tweede Kamer is medegedeeld, moeten we realistisch zijn over de snelheid waarmee andere landen bereid zijn dit ook te doen. Het Kabinet is dan ook tevreden met de huidige ontwikkelingen, waarbij gezocht wordt naar duurzame samenwerkingsverbanden met landen op basis van vrijwilligheid.

Vraag 72
Kunt u uiteenzetten wat u in geld uitgedrukt verstaat onder «dure» geneesmiddelen?

Antwoord 72:
Wanneer gesproken wordt over «dure geneesmiddelen» worden doorgaans die geneesmiddelen bedoeld die relatief veel geld kosten per patiënt. Het kan dan zowel om extramurale als intramurale geneesmiddelen gaan. Een officiële definitie wat onder duur wordt verstaan is er niet. Bij de dure geneesmiddelen gaat het vaak over geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van de intramurale farmacie (geleverd binnen ziekenhuizen). In ziekenhuizen worden deze geneesmiddelen gedeclareerd met aparte declaratietitels (add-ons), los van de DBC's. Tot 2015 hanteerde de Nederlandse Zorgautoriteit een beleid waarbij een geneesmiddel zo'n losse declaratietitel kreeg wanneer deze per patiënt per jaar meer dan € 10.000 kostte. Op dit moment is de procedure veranderd en adviseren ziekenhuizen en zorgverzekeraars over het al dan niet aanmaken van een losse declaratietitel voor een geneesmiddel. In de regel hanteren zij een grens van € 1.000 per patiënt per jaar.

Vraag 73
Verwacht u in de komst van veel nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen op de markt terug te zien in hogere uitgaven voor geneesmiddelen? Zo ja, vanaf wanneer?

Antwoord 73:
Ik verwacht veel nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen in de komende jaren, onder andere op het gebied van de oncologie. Of dat ook zal leiden

tot hogere uitgaven aan geneesmiddelen in de komende jaren zal nog bezien moeten worden. De NZa en KWF hebben eerder geconstateerd dat de toegankelijkheid van geneesmiddelen onder druk kan komen te staan door de alsmaar stijgende kosten voor nieuwe, innovatieve geneesmiddelen. Om deze toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen te kunnen borgen heb ik verschillende maatregelen in mijn visie geneesmiddelenbeleid aangekondigd en met partijen afgesproken (integraal pakket maatregelen dure geneesmiddelen). Daarbij wil ik de komst van nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen ook niet los zien van andere ontwikkelingen binnen de intramurale farmaceutische zorg. Zo is een aantal geneesmiddelen recent uit patent gegaan. Dit kan leiden tot een forse omzetdaling van deze geneesmiddelen. Ook dienen de bredere ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg meegewogen te worden, bijvoorbeeld het aantal patiënten dat wordt behandeld (volumeontwikkelingen) en eventuele substitutie van behandeling met geneesmiddelen met andere type behandelingen.

Vraag 74
Waaruit blijkt het verantwoordelijkheidsbesef van gemeenten die de huishoudelijke hulp stopgezet hebben?

Antwoord 74:
In de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is bepaald dat de gemeente zorg draagt voor de maatschappelijke ondersteuning. Deze wet bevat beleidsruimte voor gemeenten om keuzes te maken over het lokale voorzieningenniveau die aansluiten bij de lokale situatie en de politieke voorkeuren binnen de gemeenteraad. Het wettelijk kader verplicht de gemeente daarnaast tot een zorgvuldig proces en een individuele afweging bij een melding van een ondersteuningsvraag en de besluitvorming over voortzetting van bestaande ondersteuning aan een cliënt. De Centrale Raad van Beroep onderschrijft dat.

Het is mijn indruk dat gemeenteraden over het algemeen in het volle besef van hun verantwoordelijkheid besluiten nemen over het lokale voorzieningenniveau en toezien op een zorgvuldige uitvoering van het gemeentelijk beleid door het college.

Vraag 75
Kan er een laatste stand van zaken gegeven worden rondom de uitbetalingscijfers van ingediende declaraties van het persoonsgebonden budget bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB)?

Antwoord 75:
Ik heb uw kamer over de tijdigheid van betalingen geïnformeerd in mijn brief van 7 juni 2016. De tijdigheid van de betalingen van de declaraties die ingediend zijn bij de SVB blijft op orde: over februari, maart en april zijn respectievelijk ruim 98%, ruim 99% en ruim 99% van de correct ontvangen declaraties binnen 10 werkdagen uitbetaald. De overige correct ontvangen declaraties (respectievelijk 2%, 1% en 1%) worden uiteraard ook uitbetaald, maar dan niet binnen deze termijn.

Vraag 76
Wat is de status van de compensatieregeling PGB trekkingsrecht? Wanneer komt de compensatieregeling naar de Tweede Kamer?

Antwoord 76:
Er is een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets op de compensatieregeling gedaan door de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. U ontvangt dit rapport en mijn beleidsreactie voor het Algemeen overleg over trekkingsrecht van 29 juni a.s.

Vraag 77
Kan aangegeven worden wanneer de compensatieregeling voor gedupeerden bij de uitbetalingsproblemen van het PGB bij de SVB naar de Tweede Kamer gestuurd wordt?

Antwoord 77:
U ontvangt de uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets op de compensatieregeling en mijn reactie daarop voor het Algemeen Overleg van 29 juni a.s.

Vraag 78
Kan het kabinet verduidelijken welke maatregelen er genomen worden om de nieuwe regelingen rondom arbeid en zorg, om mantelzorgers te ontlasten en de combinatie werk en zorg te vergemakkelijken, onder de aandacht te brengen van werkenden in Nederland?

Antwoord 78:
Op 14 januari 2016 dienden de leden Tanamal en Kerstens tijdens het debat met VWS en SZW over mantelzorg een motie in, waarin wordt gevraagd om de positie van de mantelzorger integraal te bezien met betrokkenheid van de departementen Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstuk 30 169, nr. 54). U ontvangt voor de zomer de brief waarmee deze motie wordt uitgevoerd. De brief gaat onder meer in op het door de departementen SZW, OCW en VWS ondersteunde tweejarige programma «Next Step» van Stichting Werk&Mantelzorg. Onderdeel van dat programma is een brede publiekscampagne gericht op reële en positieve beeldvorming op de combinatie van werk en mantelzorg en op goede informatievoorziening. De stichting lanceerde eind 2015 al de m-power module (www.mantelzorgpower.nl) met informatie en praktische tips voor de werkende mantelzorger.

Vraag 79
Welke concrete doelstellingen zijn er opgesteld rondom het programma Dementie vrienden, en hoe wordt dit programma geëvalueerd?

Antwoord 79:
De doelstellingen van het programma Dementievrienden zijn:
- Het vergroten van de bewustwording van en inzicht in het perspectief van mensen met dementie en hun mantelzorgers, zodanig dat in 2020 1 miljoen Nederlanders de «bewustwordings» video over dementie hebben gezien.
- Registratie van 310.000 «dementievrienden» (één vriend voor iedere persoon met dementie in 2020) op het platform en activatie van deze dementievrienden door ze toe te rusten met kennis en vaardigheden over dementie. Toegerust met deze kennis en vaardigheden kunnen dementievrienden zich daarna op een eigen manier inzetten voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

De evaluatie vindt plaats onder het Nederlandse publiek en onder mensen met dementie en hun mantelzorgers. De vragen in de evaluatie zijn:
1. Wat doet het programma in de samenleving? Impact meten bij Publiekspanel.
2. Wat doet het programma voor en met dementievrienden: aantallen dementievrienden, unieke en terugkerende bezoekers online platform, helpdesk, voornemens, acties.
3. Wat zijn de evaringen van mensen?: via verhalen van dementievrienden, mensen met dementie en mantelzorgers die worden geholpen door een geregistreerde dementievriend.

Voor de start van de campagne is een nulmeting gehouden, waarna jaarlijks een meting plaatsvindt.

Vraag 80
Wat verstaat het kabinet onder «geleidelijk» toegankelijk maken van gebouwen, winkels, openbaar vervoer en websites voor mensen met een beperking? Aan welke tijdslimieten denkt het kabinet?

Antwoord 80:
Wat onder geleidelijkheid wordt verstaan, is onderwerp van de algemene maatregel van bestuur, die momenteel wordt ontworpen op grond van het aangenomen artikel 2a, lid 2 van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz). Deze AMvB wordt later in 2016 aan uw Kamer voorgelegd, conform artikel 2a, lid 3 Wgbh/cz.

Vraag 81
Wordt de compensatieregeling dusdanig ingericht dat er geen sprake kan zijn van een budgetoverschrijding van de geraamde kosten van € 15–20 miljoen?

Antwoord 81:
U ontvangt de uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets op de compensatieregeling en mijn reactie daarop voor het Algemeen Overleg van 29 juni a.s. De raming van de regeling blijft binnen het beschikbare budget van € 20 miljoen.

Vraag 82
Welke concrete resultaten zijn er in 2015 geboekt (extra beschikbare bedden) met betrekking tot kortdurend verblijf?

Antwoord 82:
Door het Ministerie van VWS is niet bijgehouden hoeveel extra beschikbare bedden er zijn bijgekomen in 2015. Ik zou het aantal extra beschikbare bedden niet willen bestempelen als een beleidsdoel en daaraan gekoppeld te bereiken resultaat. De extra financiële middelen die het Kabinet in 2015 beschikbaar heeft gesteld zijn bedoeld om te voorkomen dat wachtlijsten voor eerstelijns verblijf zouden ontstaan.

In oktober 2015 heb ik u de CIZ-rapportage «eerstelijns verblijf – gebruik subsidieregeling 2015» toegestuurd[4]. Hieruit blijkt dat de verwachting van het CIZ was dat er 25.000 indicaties zouden worden afgegeven voor eerstelijns verblijf in 2015. Navraag bij het CIZ leert dat er in 2015 uiteindelijk 25.600 indicaties zijn afgegeven. Dit aantal wijkt niet substantieel af van het totale aantal dat het CIZ voor een kortdurende opname in een verpleeg- of verzorgingshuis heeft afgegeven in voorgaande jaren. Op basis van de CIZ-rapportage kan dan ook geen conclusie worden getrokken dat er in 2015 ten opzichte van 2014 veel meer patiënten gebruik maken van een kortdurende opnames in het eerstelijns verblijf.

Vraag 83,
Waarom wordt in het jaarverslag geen verantwoording afgelegd over de uitvoering en resultaten van casemanagement dementie in 2015? Kan dit in de beantwoording van deze vraag alsnog worden gedaan? Hoe kijkt het kabinet in dit verband terug op de problemen met de uitvoering en beschikbaarheid van casemanagement dementie die zich in 2015 hebben voorgedaan, en hoe staat het met de oplossing hiervan?

Antwoord 83:

---

[4] Kamerstuk 34 104, nr. 83

In de zorgstandaard dementie is vastgelegd waar goede zorg voor mensen met dementie aan moet voldoen. Onderdeel van de zorg is dat een patiënt recht heeft op casemanagement bij dementie. Dit recht is vastgelegd in de aanspraak wijkverpleging (Zvw). Het is aan de zorgverzekeraar om vanuit zijn zorgplicht voldoende casemanagement bij dementie in te kopen. Afgelopen jaar heb ik signalen ontvangen dat de beschikbaarheid en kwaliteit van casemanagement bij dementie niet altijd voldoende zou zijn. Zie hiervoor ook de brief die ik u heb gestuurd op 29 maart 2016 (Kamerstuk 29 689 nr. 694). Bij individuele signalen heb ik lokaal navraag gedaan. Daarnaast heb ik een onderzoek uitgezet naar kwantiteit en kwaliteit van casemanagement bij dementie. Het onderzoek zal op korte termijn afgerond zijn. U ontvangt van mij de resultaten en een reactie daarop.

Vraag 84,
Hoe wordt bij de thans in voorbereiding zijnde aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging rekening gehouden met het aankomende HHM-rapport over casemanagement dementie? Is het niet verstandig de bekostiging pas aan te passen na publicatie van dit rapport, zodat de conclusies ervan kunnen worden meegenomen bij de wijziging van de regelgeving?

Antwoord 84:
Zoals ik u per brief heb laten weten (Kamerstuk 29 689 nr. 694) heb ik een onderzoek laten uitzetten naar de kwantiteit en kwaliteit van casemanagement bij dementie. Het onderzoek zal op korte termijn worden afgerond. Ik zal u de resultaten toesturen en hierbij ook ingaan op mogelijke vervolgstappen die ik met veldpartijen ga zetten. Op de inhoud hiervan kan ik uiteraard niet vooruitlopen. Op dit moment kijk ik in overleg met alle betrokken partijen ook naar de bekostiging van de wijkverpleging. Gelet op een tijdige voorbereiding van de zorgcontractering vind ik het geen goed idee de voorbereiding van de besluitvorming op te houden tot na de afronding en bespreking van het rapport van HHM.

Vraag 85
Waarom wordt in het jaarverslag geen verantwoording afgelegd over de uitvoering en resultaten van casemanagement dementie in 2015? Kan dit in de beantwoording van deze vraag alsnog worden gedaan? Hoe kijkt het kabinet in dit verband terug op de problemen met de uitvoering en beschikbaarheid van casemanagement dementie die zich in 2015 hebben voorgedaan, en hoe staat het met de oplossing hiervan?

Antwoord 85:
Zie het antwoord op vraag 83.

Vraag 86
Hoe wordt bij de thans in voorbereiding zijnde aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging rekening gehouden met het aankomende HHM-rapport over casemanagement dementie? Is het niet verstandig de bekostiging pas aan te passen na publicatie van dit rapport, zodat de conclusies ervan kunnen worden meegenomen bij de wijziging van de regelgeving?

Antwoord 86:
Zie het antwoord op vraag 84.

Vraag 87
Waarom wordt in het jaarverslag geen verantwoording afgelegd over de uitvoering en resultaten van casemanagement dementie in 2015? Kan dit in de beantwoording van deze vraag alsnog worden gedaan? Hoe kijkt het

kabinet in dit verband terug op de problemen met de uitvoering en beschikbaarheid van casemanagement dementie die zich in 2015 hebben voorgedaan, en hoe staat het met de oplossing hiervan?

Antwoord 87:
Zie het antwoord op vraag 83.

Vraag 88
Hoe wordt bij de thans in voorbereiding zijnde aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging rekening gehouden met het aankomende HHM-rapport over casemanagement dementie? Is het niet verstandig de bekostiging pas aan te passen na publicatie van dit rapport, zodat de conclusies ervan kunnen worden meegenomen bij de wijziging van de regelgeving?

Antwoord 88:
Zie het antwoord op vraag 84.

Vraag 89
Kan het kabinet de uitvoering en resultaten van casemanagement dementie in 2015 nader duiden?

Antwoord 89:
Zie de antwoorden op de vragen 83 en 84.

Vraag 90
Kan geduid worden wanneer de nog vast te stellen norm voor kwaliteitszorg (gericht op kwaliteit van leven) in verpleeghuiszorg in het veld geïmplementeerd zal worden en het toezicht door de IGZ gebaseerd zal zijn op deze norm?

Antwoord 90:
Het nieuwe kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg zal voor 1 oktober door de betrokken brancheorganisaties (V&VN, Verenso, BTN, Actiz en de NPCF) aangeleverd worden bij het Zorginstituut Nederland. De IGZ bereidt zich hierop voor door het concept kwaliteitskader, dat in februari 2016 meegezonden is met de voortgangsrapportage Waardigheid en Trots, te betrekken bij het opstellen van haar nieuwe toezichtvisie en toetsingskader voor de ouderenzorg.
In deze toezichtvisie beschrijft de IGZ hoe zij invulling geeft aan het toezicht op de ouderenzorg. Daarbij zal ook inzichtelijk gemaakt worden hoe de IGZ de normen uit het kwaliteitskader zal implementeren in het toezicht. Zowel de consultatieversie van het kwaliteitskader van de branche partijen als de toezichtvisie van de IGZ worden voor de zomer aan de Tweede Kamer gestuurd.

Vraag 91
Tot wanneer blijft de Transitie Autoriteit Jeugd bestaan?

Antwoord 91:
De Transitie Autoriteit Jeugd blijft in ieder geval bestaan tot 1 april 2017. De mogelijkheid bestaat dat dit nog wordt verlengd met één jaar.

Vraag 92
Hoe hebben de zorguitgaven zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld? Kan dit gespecificeerd worden voor de ontwikkeling van de Zvw, de AWBZ/Wlz, Jeugdzorg, Wmo 2015 en de totale uitgaven?

Antwoord 92:

Op pagina 192 van het VWS-jaarverslag 2015 is in tabel 20 de ontwikkeling van de totale zorguitgaven over de periode 2005–2015 opgenomen, uitgesplitst in Zvw, AWBZ/Wlz, en begrotingsgefinancieerde BKZ.

In de onderstaande tabel zijn de begrotingsgefinancierde-BKZ-uitagaven verder uitgesplitst in Gemeentefonds en overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting).

Ontwikkeling van de BKZ-uitgaven en -ontvangsten 2005–2015 (bedragen x € 1 miljoen)

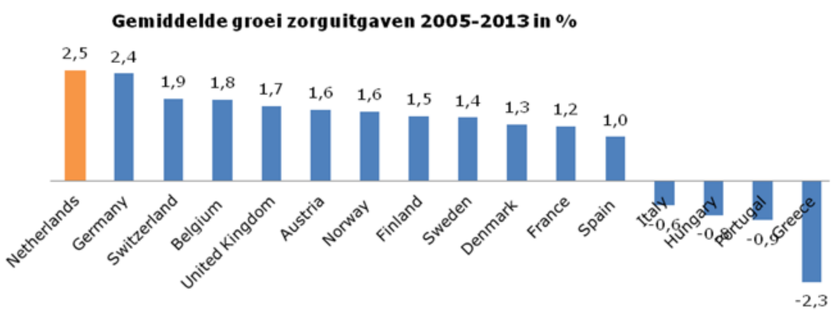
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015[1]
Brutouitgaven Zvw	24.299	25.293	26.077	31.465	33.756	35.474	35.983	36.665	39.237	39.459	42.843
Brutouitgaven AWBZ/Wlz	22.156	22.996	22.852	21.806	23.221	24.135	25.222	27.865	27.452	27.806	19.916
Brutouitgaven Wmo HV (Gemeentefonds)	0	0	1.411	1.475	1.533	1.541	1.456	1.511	1.561	1.714	1.387
Brutouitgaven Wmo 2015 (Gemeentefonds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.556
Brutouitgaven Jeugdwet (Gemeentefonds)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.034
Brutouitgaven overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting)	50	35	636	783	824	1.327	1.820	1.894	594	577	491
brutoBKZ-uitgaven	**46.506**	**48.323**	**50.977**	**55.530**	**59.335**	**62.476**	**64.481**	**67.935**	**68.845**	**69.557**	**70.226**
BKZ-ontvangsten	3.835	3.847	3.665	2.968	3.022	3.032	3.170	3.650	4.581	5.096	5.084
Netto-BKZ-uitgaven	**42.671**	**44.476**	**47.312**	**52.562**	**56.313**	**59.444**	**61.312**	**64.285**	**64.264**	**64.461**	**65.143**

[1] ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden.

Bovenstaande tabel geeft een meerjarig overzicht van de middelen voor de integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp die in 2007 is ingevoerd. Per ingaande 2015 is de Wmo 2015 en Jeugdwet ingegaan.

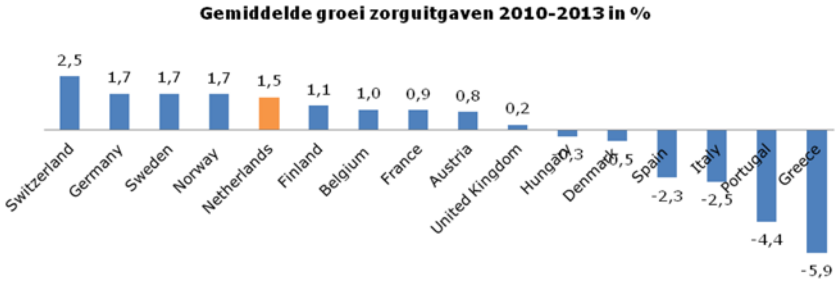
Vraag 93
Hoe verhoudt de ontwikkeling van de zorguitgaven in Nederland zich tot andere landen in Europa in de periode 2006–2016?

Antwoord 93:
Over 2014 tot en met 2016 zijn nog geen cijfers bekend voor alle landen. De OECD heeft in de meest recente «Health at a Glance» gerapporteerd over de gemiddelde groei tussen 2005–2013. Hierin valt te zien dat Nederland over deze periode de hoogste groei van de zorguitgaven heeft. De toekomstige betaalbaarheid van de zorg is door het kabinet ook erkend en geagendeerd als belangrijke uitdaging voor Nederland. Sinds 2010 zijn daarom maatregelen getroffen om de zorguitgaven af te vlakken, hierbij valt te denken aan het sluiten van de Hoofdlijnenakkoorden, het invoeren van het macrobeheersinstrument en het door de verzekeraars gevoerde preferentiebeleid voor geneesmiddelen. De langdurige zorg is in 2015 ingrijpend hervormd, deze cijfers kunnen nog niet worden vergeleken op internationaal niveau.



Bron: OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

Als je kijkt naar de periode sinds 2010 is te zien dat Nederland wordt ingehaald door Zwitserland, Duitsland, Zweden en Noorwegen, die in deze periode een snellere groei van de zorguitgaven laten zien. De beheerste groei van de zorguitgaven in Nederland de afgelopen periode hangt samen met het gevoerde kabinetsbeleid. De Zuid-Europese landen kenden forse bezuinigingsmaatregelen die ook de zorg raken.



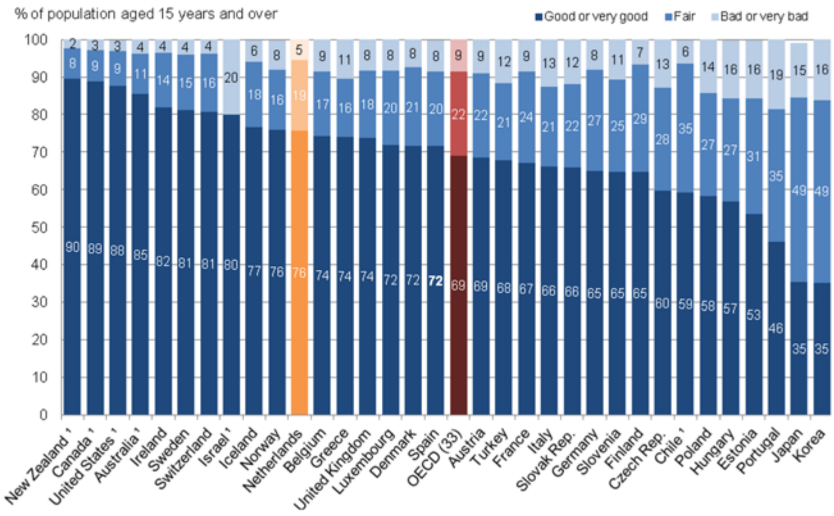
Bron: OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

Vraag 94

Hoe verhoudt de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg totaal, de curatieve zorg, de langdurige zorg en jeugdzorg – zich tot andere landen in Europa?

Antwoord 94:
Internationaal vergelijkend onderzoek naar langdurige zorg maakt duidelijk dat hier grote institutionele verschillen bestaan. In andere landen wordt langdurige zorg en jeugdzorg vaak op lokaal of informeel niveau georganiseerd. Dat brengt met zich mee dat er weinig data bekend zijn op internationaal niveau. Een kwaliteitsindicator die vaker gebruikt wordt in vergelijkend onderzoek voor de ouderenzorg is het langdurig gebruik van anti-psychotica. Het gebruik hiervan onder ouderen is in Nederland het laagst in Europees perspectief.
Over de curatieve zorg is meer bekend op internationaal niveau. De cijfers van de OECD laten zien dat Nederland goed scoort op verscheidene indicatoren waarin de kwaliteit van zorg wordt uitgedrukt. Het aantal ziekenhuisopnames voor mensen met diabetes, hartfalen, astma en COPD zit ruim onder het OECD-gemiddelde. Dit geldt ook voor de 30 dagen mortaliteit na ziekenhuisopname in geval van een hartaanval of een beroerte. De wachttijden in Nederland voor toegang tot zorg zijn laag en er wordt weinig antibiotica voorgeschreven. Dit laatste geldt voor zowel de eerste- als de tweedelijn. De vaccinatiegraad voor kinderen in Nederland ligt hoog in internationaal perspectief (96%). Wanneer de burger wordt gevraagd hoe hij zijn gezondheid ervaart, beoordeelt een grote meerderheid (76%) van de Nederlanders hun gezondheid als goed of zeer goed. De hoge kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse curatieve zorg blijkt ook uit de European Health Consumer Index (EHCI), waar Nederland in 2015 wederom de eerste positie vervuld.

Ervaren gezondheid volwassenen (2013, of meest recente jaar) in %



Bron: OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

Vraag 95
Is er een relatie tussen de overschrijding van € 0,3 miljard in 2015 voor het langzamer dan geraamde extramuralisering in de Wlz en de overschotten van de gemeenten in de Wmo 2015?

Antwoord 95:
Uit realisatiecijfers over de ontwikkeling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector blijkt dat de extramuralisering in 2014 minder snel is gegaan dan verwacht. Dit heeft geleid in 2015 tot een hoger dan verwacht beroep op de Wlz (€ 0,15 miljard) en een lager beroep op de Wmo. Vanaf 2016 is het Wmo-kader hiervoor gecorrigeerd bij de meicirculaire 2015. Voorts kunnen momenteel nog weinig conclusies worden verbonden aan de veronderstelde onderuitputting die op het budget van de Wmo voor het jaar 2015 gesignaleerd wordt. Dit geldt zowel voor het onderzoek dat in Binnenlands Bestuur gepubliceerd is als voor de uitkomsten van de overall monitor sociaal domein die op verantwoordingsdag aan de Tweede Kamer is gestuurd.

Vraag 96
Hoe verhouden de netto-Wlz-uitgaven die circa € 0,3 miljard hoger uitvielen dan geraamd zich tot de voor 2017 beoogde bezuiniging van € 0,5 miljard?

Antwoord 96:
De voor 2017 beoogde bezuiniging van € 0,5 miljard is opgenomen in het regeerakkoord. Deze heeft geen relatie met de realisatiegegevens van de netto-Wlz-uitgaven in 2015 zoals opgenomen in het jaarverslag.

Vraag 97
Kunt u toelichten wat «een langzamer tempo van extramuralisering», waardoor de netto-Wlz-uitgaven € 0,3 miljard hoger uitkwamen, inhoudt? Verblijven mensen langer dan verwacht in een instelling, of worden meer nieuwe indicaties verstrekt dan verwacht, of worden hogere indicaties verstrekt dan verwacht?

Antwoord 97:
De netto-Wlz-uitgaven kwamen circa € 0,3 miljard hoger uit dan geraamd, voornamelijk als gevolg van een langzamer tempo van extramuralisering

(€ 0,15 miljard) en door de zogenaamde financieringsmutatie (€ 0,2 miljard).
Uit realisatiecijfers over de ontwikkeling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector blijkt dat de extramuralisering in 2014 minder snel is gegaan dan verwacht. Dit «langzamer tempo van extramuralisering» heeft geleid in 2015 tot een hoger dan verwacht beroep op de Wlz (€ 0,15 miljard). Het langzamere tempo van extramuralisering houdt in dat cliënten langer dan verwacht in een instelling verblijven.

Vraag 98
Hoeveel is in de periode 2006–2016 jaarlijks uitgegeven aan preventie?

Antwoord 98:
Veel preventieve activiteiten worden gefinancierd vanuit andere beleidssectoren dan de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld vermindering van schadelijke stoffen in het milieu, verbetering van de kwaliteit van woningen, goede voedselkwaliteit en veiligheid op de werkvloer. Voor zover het hierbij gaat om taken van de rijksoverheid zijn die terug te vinden in de begrotingen van andere departementen.

De preventieve taken van gemeenten worden grotendeels gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Hoeveel precies aan preventie wordt uitgegeven is dan moeilijk te onderscheiden.

VWS draagt financieel bij aan preventie via diverse beleidsinstrumenten. Bijvoorbeeld.
- Subsidieregeling publieke gezondheid (o.a. bevolkingsonderzoeken, griepvaccinatie, regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg): circa € 193 miljoen in 2016.
- Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en hielprik: € 100 miljoen.
- Preventie activiteiten via het RIVM (zoals Centrum infectieziektebestrijding, Centrum voor bevolkingsonderzoek, Centrum Gezond Leven): € 104 miljoen.
- Sport en bewegen in de Buurt: € 47 miljoen.
- NVWA: circa € 78 miljoen.
- Subsidies voor kennisinstituten op het gebied van gezondheidsbevordering en leefstijl: circa € 31 miljoen.
- Vanaf 1 januari 2015: 20 miljoen voor 164 gemeenten voor lokale en integrale aanpak gezondheidsachterstanden (GIDS-gelden).
- ZonMw-programma's: € 29 miljoen voor preventie en sport.

Daarnaast dekt de Zorgverzekeringswet verschillende vormen van individuele preventie, denk daarbij aan:
- preventieve medicatie zoals cholesterol- of bloeddrukverlagers voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten;
- controles en screeningen van zwangere vrouwen;
- preventieve tandartscontroles voor jongeren;
- stoppen met roken;
- dieetadvisering.

Vraag 99
Welke concrete resultaten zijn er voor het jaar 2016 te verwachten om gezondheidsachterstanden lokaal en integraal aan te pakken, nu blijkt dat in veel gemeenten nog geen sprake is van een integrale aanpak? Op welke manier worden andere partijen, waaronder de eerstelijnszorg, inwoners van de gemeente en de fysieke omgeving betrokken bij het opstellen van de plannen van aanpak?

Antwoord 99:

Als uitwerking van één van de doelstellingen uit het Nationaal Programma Preventie is in 2014 gestart met het stimuleringsprogramma Gezond in… Dit programma zet in op een lokale en integrale aanpak van gezondheidsachterstanden, door de 164 deelnemende gemeenten met financiële middelen en ondersteuning vanuit kennis- en expertisecentra bij te staan in de ontwikkeling van hun integrale aanpak. Stichting Pharos en Platform31 zijn belast met de uitvoering van dit programma, en bevorderen daarmee kennisuitwisseling en kruisbestuiving tussen gemeenten.

Een integrale aanpak richt zich op vijf sporen:

- Gezond gedrag en gezondheidsvaardigheden
- Fysieke leefomgeving
- Sociale leefomgeving
- Preventieve en curatieve zorg
- Participatie

Door VWS is aan de deelnemende gemeenten in de eerste helft van 2015 een vragenlijst voorgelegd, om te monitoren in hoeverre gemeenten hun integrale aanpak invullen.

Uit deze eerste uitkomsten blijkt dat de meerderheid van de gemeenten (56%) een doelgericht plan van aanpak heeft ontwikkeld met de GIDS-gelden, of dat dit onderdeel is van een al bestaand plan van aanpak gericht op gezondheidsachterstanden.

De aanpak die gemeenten ontplooien lijkt daarnaast ook daadwerkelijk integraal te zijn. Zo geeft het merendeel van de gemeenten aan dat zij alle vijf (46%), vier (23%) of drie (12%) sporen meenemen in hun beleid. Sociale omgeving (110), preventie en zorg (114), en gedrag en gezondheidsvaardigheden (113) worden iets vaker genoemd, participatie (99) en fysieke leefomgeving (86) iets minder, op een totaal van 142 gemeenten die de vragenlijst op 8 oktober 2015 geretourneerd hadden.

Aangezien de rol van burgers vaak genoemd wordt in zowel plannen van aanpak (84 keer) als activiteiten (65 keer), lijkt het er op dat gemeenten inwoners daadwerkelijk betrekken bij het vormgeven van hun beleid om gezondheidsachterstanden aan te pakken.

Vraag 100
Welk deel van het beschikbare budget van € 20 miljoen is in 2015 gebruikt om daadwerkelijk te komen tot een integraal plan van aanpak in gemeenten? Is het overige budget nog steeds beschikbaar in 2016?

Antwoord 100:
De middelen die beschikbaar zijn voor gemeenten om te komen tot een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden bedragen voor de periode 2014–2017 jaarlijks € 20 miljoen. De middelen zijn in 2015 en worden in 2016 en 2017 via het Gemeentefonds (decentralisatie-uitkering) uitgekeerd aan de 164 gemeenten die meedoen aan het stimuleringsprogamma Gezond in....
Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de manier waarop zij deze middelen inzetten. Binnen de methodiek van decentralisatie-uitkeringen bestaat er geen rapportageverplichting voor gemeenten hoe zij deze middelen besteden. Als middelen in 2015 niet volledig zijn ingezet, kunnen zij zeker ook in 2016 worden ingezet.

Hoewel er geen financiële verantwoording verplicht is, worden gemeenten jaarlijks door VWS bevraagd over hun voortgang in de planontwikkeling en -uitvoering. Hierover wordt via de voortgangsrapportage van het Nationaal Programma Preventie gerapporteerd.

Vraag 101
Kan worden aangegeven hoe het verschil kan worden verklaard tussen de oorspronkelijk vastgestelde begroting en de uiteindelijke realisatie voor de subsidie van Beleid Medische Ethiek? Om welke reden is minder geld besteed dan van te voren verwacht?

Antwoord 101:
Aan het grootste deel van het verschil liggen geen beleidsinhoudelijke wijzigingen c.q. beweegredenen ten grondslag. Het gaat om financieel-technische mutaties tussen verschillende instrumenten binnen hetzelfde beleidsterrein als gevolg van invoering van Verantwoord Begroten. Een bedrag van € 50.000 is overgeheveld naar het instrument Opdrachten, een bedrag van € 52.000 naar Subsidies Abortusklinieken en een bedrag van € 280.000 naar het instrument Bijdrage aan Agentschappen. Verder zijn de geraamde uitgaven voor de Implementatie Europese Verordening Clinical trials niet tot besteding gekomen. De implementatie van de betreffende verordening is uitgesteld, omdat de inwerkingtreding afhangt van de ontwikkeling van een Europees samenwerkingsportaal en database, waar de EMA (European Medicines Agency) voor verantwoordelijk is. De ontwikkeling hiervan duurt langer dan oorspronkelijk gepland.

Vraag 102
Kunt u een overzicht geven van het aantal leeftijdgrenscontroles ter naleving van de Tabakswet voor de periode 2010–2015?

Antwoord 102:
In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal leeftijdcontroles ter naleving van de Tabakswet in de periode 2010–2015:

Jaar	Aantal risicogerichte inspecties tabak
2010	5.617
2011	1.766
2012	601
2013	276
2014	2.512
2015	3.850 (incl. 1.200 extra inspecties)

Toelichting
In de tabel is het aantal leeftijdsgrensinspecties voor tabak opgenomen o.b.v. risicogericht toezicht.

Vraag 103
Hoeveel extra leeftijdgrenscontroles ter naleving van de Tabakswet hebben in 2015 plaatsgevonden?

Antwoord 103:
In 2015 hebben 1.200 extra inspecties naar de controle van de leeftijdgrens plaatsgevonden, zoals vermeld in de tabel bij het antwoord op vraag 102.

Vraag 104
Kunt u een overzicht geven van het aantal aanvullende opdrachten dat door het RIVM is uitgevoerd in 2015? Hoe verhouden deze aanvullende opdrachten zich tot de reguliere opdrachten van het RIVM?

Antwoord 104:
Hieronder vindt u het overzicht per terrein van de additionele opdrachten aan het RIVM:

Wettelijke taak volksgezondheid en zorg
– De Staat van Volksgezondheid en Zorg
– Onderhoud Zorggegevens.nl
– Internationale Gremia
– Loket duurzaam informatiestelsel zorg
– Samenstelling indicatorenset stelsel
– IBO Gezonde leefstijl
– Evaluatie van de integrale bekostiging van geboortezorg
– Zorgbalans
– Kosten van ziekten
– Vervolgopdracht regionale VTV Caribisch Nederland
– Buitenlandse ervaringen preventie en het zorgstelsel

Beleidsondersteuning volksgezondheid en zorg
– Alles is gezondheid... 2015 Communicatie
– Preventie rond zwangerschap en geboorte
– Onderzoek UV straling
– Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

Beleidsondersteuning geneesmiddelen en medische technologie
– Nudging RIVM experiment medicijnuitgifte
– Onderzoek laseren

Risicoschatting en beoordeling voor beleid
– Aanvulling Beleidsadvisering contaminanten en additieven
– CLP Helpdesk
– Onderzoek effecten E sigaret
– Helpdesk Reach en CLP
– Representativiteit LIS
– Infographic en Brochure handel en voedsel
– Bevolkingsonderzoek ESBL producerende bacteriën
– Uitbreiding Monitor herformulering
– NEN/CEN hygiënische richtlijn Tatoeëren
– Onderzoek triazolenresistentie bij Aspergillus
– Onderzoek gezondheid omwonenden van landbouwpercelen
– REACH en CLP Cosmetica in EU verband
– Biociden en residuen

De reguliere opdrachten worden voor de start van een nieuw uitvoeringsjaar ingevuld en betreffen vooral de jaarlijks terugkerende onderzoeks- en kennisvragen aan het RIVM. Voor zover bekend (en daarmee ook mogelijk) worden aanvullende opdrachten voor het nieuwe uitvoeringsjaar dan ook al ingevuld. Wanneer zich gedurende een uitvoeringsjaar onderzoeks – of kennisvragen aandienen voor het RIVM, als gevolg van actuele (inter)nationale ontwikkelingen op het terrein van volksgezondheid en milieu, worden deze ook in de vorm van aanvullende opdrachten ingevuld.

Vraag 105
Wanneer verwacht het kabinet de cijfers te krijgen over het jaar 2012 tot en met 2014 over het aantal jongeren 12–15 jaar dat nog nooit alcoholhoudende drank gedronken heeft?

Antwoord 105:
Eind juni verwacht ik de resultaten van het Peilstationonderzoek van het Trimbos-instituut naar uw Kamer te kunnen sturen. Bovengenoemde cijfers maken daar onderdeel van uit.

Vraag 106

Wat is de oorzaak van de stijging van het vindpercentage van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de soa poli's van de GGD? Welke relatie heeft dat met het verminderen van de uitgaven op het gebied van seksuele gezondheid?

Antwoord 106:
De uitgaven op het gebied van seksuele gezondheid zijn niet verminderd, de groei is aan banden gelegd omdat iedereen ook bij de huisarts terecht kan. Hierdoor voeren de professionals van de soa poli's een strenger triage- en prioriteringsbeleid. Dat kan één van de redenen zijn van de hogere vindpercentages, omdat nu vooral de hoogst risicogroepen getest worden en daar meer soa's te verwachten zijn.

Dit hoeft dus niet te betekenen dat er meer soa's zijn, maar dat er scherper getriëerd is. De thermometer geeft alleen het aantal gevonden en geteste personen aan die bij de soa poli's zijn geweest. Deze getallen zeggen niets over personen die zich hebben laten testen bij de huisarts of een thuistest gebruikt hebben.

Vraag 107
Kan inzicht gegeven worden in de resultaten die zijn bereikt op het gebied van het bevorderen van de uitbreiding van het implantatenregister en het bevorderen van de juistheid, volledigheid en betrouwbaarheid van dit register?

Antwoord 107:
Er hebben gesprekken plaatsgevonden met meerdere wetenschappelijke artsenverenigingen die kwaliteitsregisters voeren of van plan zijn dat te doen. Op basis van deze gesprekken en gelet op de voortgang van het voorstel tot wetswijziging in verband met het landelijk implantatenregister, is besloten om op korte termijn niet in te zetten op het aansluiten van andere kwaliteitsregisters van zorgverleners, maar om het register gereed te maken voor de implementatie van het wetsvoorstel. Meer concreet betekent dit de mogelijkheid van een koppeling met de systemen van de zorgaanbieders.

Tegelijkertijd wordt het huidige register verder getest om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de daarin opgenomen data te beoordelen. Hierbij geldt echter dat juist de beoogde wetswijziging daadwerkelijk de volledigheid en juistheid van het register moet borgen. Ik heb u het wetsvoorstel 31 mei 2016 aangeboden (Kamerstuk 34 483).

Vraag 108
Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden in 2015?

Antwoord 108:
In 2015 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het kader van de zorgspecifieke fusietoets drie concentraties goedgekeurd waarbij een ziekenhuis is overgenomen door een ander ziekenhuis of waarbij ziekenhuizen fuseerden.[5] Dit waren Universitair Medisch Centrum Groningen – Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep, Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis – Stichting Rivas Zorggroep en Stichting Sint Antonius Ziekenhuis – Stichting Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. Op 22 juli 2015 heeft de Autoriteit Consument en Markt in het kader van haar concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet besloten dat de

[5] De besluiten van de NZa zijn te vinden op: https://www.nza.nl/publicaties/Besluiten/Fusiebesluiten/.

voorgenomen fusie tussen Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis en Stichting Rivas Zorggroep geen doorgang mag vinden.[6]

Vraag 109
Hoeveel spoedeisende hulpposten (SEH's) zijn er gesloten in 2015? Welke zijn dat?

Antwoord 109:
In 2015 is er één SEH gesloten. Het betreft de SEH op de locatie Sportlaan in Den Haag; de spoedeisende hulp van de Haga ziekenhuizen is geconcentreerd op de locatie Leyweg in Den Haag.

Vraag 110
Hoeveel ouderen zijn er in 2015 op de spoedeisende hulpposten terecht gekomen met brandwonden?

Antwoord 110:
De cijfers over 2015 zijn nog niet bekend. Het Letsel Informatie Systeem van VeiligheidNL beschikt wel over cijfers uit de jaren daarvoor. In de jaren 2010–2014 is het aantal SEH-bezoeken onder personen van 65 jaar en ouder, naar aanleiding van brandwonden als gevolg van een privé of arbeidsongeval, afgenomen. In 2010 was sprake van 400 bezoeken, in 2014 waren dit er 200.

Vraag 111
Hoeveel ouderen zijn er in 2015 op de spoedeisende hulpposten terecht gekomen omdat er geen plaats was in een verpleeghuis?

Antwoord 111:
Dit wordt niet landelijk bijgehouden.

Vraag 112
Hoe hebben de wachtlijsten van de ziekenhuizen zich in 2015 ontwikkeld? Graag uitgesplitst per discipline en per ziekenhuis?

Antwoord 112:
In de Marktscan medisch-specialistische zorg van oktober 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 290) rapporteert de NZa over de landelijke wachttijdontwikkeling. Zorgaanbieders zijn verplicht om op hun eigen website de actuele wachttijden voor niet-acute zorg te publiceren. Deze gegevens worden door een externe partij verzameld en door de NZa geanalyseerd om zodoende een geaggregeerd beeld te kunnen geven. De Marktscan geeft het volgende beeld: de landelijk gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek daalde in 2015 bij vier van de zeven specialismen die het jaar ervoor (peildatum september 2014) te lange wachttijden hadden. De landelijk gemiddelde wachttijd van het specialisme psychiatrie is gedaald tot onder de norm van vier weken. De landelijk gemiddelde wachttijd van oogheelkunde is gestegen en overschrijdt in 2015 de norm. Ook voor de specialismen allergologie en maag-, darm- en leverziekten (MDL) is een stijging van de landelijk gemiddelde wachttijd zichtbaar. De NZa maakt zich zorgen over deze toename en is in gesprek met zorgverzekeraars over de achterliggende oorzaken en de eventuele stappen die gezet moeten worden.
De landelijk gemiddelde wachttijd voor alle drie vormen van diagnostiek valt binnen de norm van vier weken. De wachttijd voor een (poli)klinische behandeling zijn voor alle behandelingen lager dan de norm van zeven weken, behalve voor borstverkleining en buikwandcorrectie.

[6] https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14526/Albert-Schweitzer-Ziekenhuis-en-de-Rivas-Zorggroep-mogen-niet-fuseren-vergunningsbesluit/.

Gezien de omvang van de dataset is het niet mogelijk om deze in één overzicht op te nemen en per discipline en per ziekenhuis weer te geven.

Vraag 113
Hoeveel DBC's waren er in 2015?

Antwoord 113:
In 2015 waren er 4.422 verschillende declarabele DBC-zorgproducten en 1.296 overige zorgproducten voor de medisch-specialistische zorg.

Voor de gespecialiseerde GGZ zijn er binnen de DBC-systematiek 119 deelprestaties behandeling, 7 deelprestaties verblijf en 4 overige deelprestaties. Voor de generalistische basis GGZ in het domein van de Zorgverzekeringswet zijn er 4 zorgvraagzwaarteproducten en de prestatie Onvolledig behandeltraject. In de GGZ zijn er 2 prestaties die gedeclareerd kunnen worden voor niet-basispakketzorg. Zorgaanbieders van generalistische basis GGZ kunnen ook prestaties declareren voor keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen die verband houden met het rijbewijs en voor schriftelijke informatieverstrekking aan bedrijfsarts of verzekeringsarts (in totaal 5 prestaties). Deze prestaties behoren niet tot het basispakket op grond van de Zvw, maar betreffen wel zorg als omschreven in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Voor de geriatrische revalidatie zijn er 36 zorgproducten.

Vraag 114
Kunt u inzicht geven van het aantal incidenten met overlast door personen met verward gedrag, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen het aantal incidenten met een strafbaar feit en zonder strafbaar feit voor de periode 2006–2016? Kunt u in dit overzicht in ieder geval de registraties en meldingen van de politie, woningcorporaties, zorgaanbieders, gemeenten, de NS en het Leger des Heils meenemen?

Antwoord 114:
Het aanjaagteam verwarde personen heeft een literatuurreview laten uitvoeren over alle onderzoeken die er op dat moment lagen over de aard en omvang van de groep verwarde personen (zie bijlage 2 bij de tussenrapportage van het aanjaagteam verwarde personen d.d. 19 februari 2016, Kamerstuk 25 424, nr. 304). De onderzoekers concluderen dat het moeilijk is om uitspraken te doen over de omvang van de groep en de bijbehorende trends (bijvoorbeeld een stijging van het aantal incidenten). De bestaande registratiesystemen en onderzoeken kennen belangrijke tekortkomingen en zijn slecht onderling vergelijkbaar, onder andere vanwege gebruik van verschillende definities en categorieën van mensen met verward gedrag.

Ik kan daarom geen eenduidig inzicht geven van het aantal incidenten met overlast door personen met verward gedrag over de afgelopen 10 jaar. Hierbij stuur ik u de cijfers uit de registratiesystemen van de partijen die u noemt, voor zover deze beschikbaar zijn en met inachtneming van de hierboven genoemde tekortkomingen.

Politie
Sinds 2011 registreert de politie het aantal incidenten van personen met verward gedrag, de zogenaamde E33-meldingen. Er is geen onderscheid gemaakt tussen incidenten met en zonder strafbaar feit. Uit deze cijfers blijkt een stijging van het aantal registraties van overlast door verwarde personen van 40.012 in 2011 naar 65.831 in 2015. Het gaat hierbij om een toename van het aantal registraties van incidenten en niet zonder meer om een toename van het aantal verwarde personen. Eenzelfde persoon

kan zorgen voor meerdere registraties en bij één registratie kunnen ook meerdere personen betrokken zijn.

Woningcorporaties
De vereniging van woningcorporaties (Aedes) heeft in 2015 een enquête uitgevoerd onder 174 corporaties (52% van alle corporaties) over overlast door huurders die verward gedrag vertonen. Uit de enquête blijkt dat circa de helft van de corporaties een lichte toename van overlast van deze groep ervaart en bijna een kwart een grote toename. Ruim een kwart van de corporaties ziet geen verandering. Dit onderzoek is in 2015 voor het eerst uitgevoerd en is nog niet wetenschappelijk gestaafd. Aedes schrijft dat verwarde huurders van corporatiewoningen ongeveer 2.000 incidenten veroorzaken, zoals geluidsoverlast en agressief gedrag tegen de buren. Corporaties ontvangen volgens het onderzoek jaarlijks zo'n 18.000 meldingen van structurele overlast van verwarde personen, zoals geluidsoverlast of nachtelijke overlast door paniekaanvallen of psychosen.

Vraag 115
Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er sinds het aantreden van de kabinetten Rutte I en II verdwenen, dus hoeveel intensief beschermd wonen (IBW-)bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ? Hoe verhoudt dit getal zich tot het totaal aantal beschikbare bedden?

Antwoord 115:
Het totale aantal plaatsen (Zvw) en AWBZ B opname en verblijfsvoorzieningen in 2014 ligt grofweg 1/6 onder het niveau van 2008. De capaciteit van beschermd wonen in 2014 ligt 1,5 keer boven het niveau van 2008. Tevens bestaat in 2014 ruim 1/3 van het beschermd wonen uit individuele woonvoorzieningen.

Tabel Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen (monitor Ambulantisering 2015)

	2008	2012	2013	2014
Zvw	12.400	11.100	10.900	10.200
AWBZ Voortgezet verblijf (B pakketten)	8.100	7.600	7.500	7.100
AWBZ beschermd wonen (C pakketten)	11.300	17.600	17.300	17.200

Voor een nadere detaillering van het aantal plaatsen intensief beschermd wonen, klinische (GGZ) plaatsen waaronder crisis, plaatsen in de verslavingszorg en de kinder- en jeugd- GGZ, verwijs ik u naar de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ. Deze monitor heb ik u op 17 december 2015 aangeboden (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150). Er is geen landelijke registratie van het aantal plaatsen dat beschikbaar is voor vrouwenopvang.

Vraag 116
Hoe wordt er met de beoordeling van geneesmiddelen in de «sluis» rekening gehouden met andere middelen die ook gebruikt moeten worden bij het betreffende geneesmiddel?

Antwoord 116:
Op dit moment wordt nog gewerkt aan de technische uitwerking van de sluis per AMvB. Daarin zal ook aandacht worden besteedt aan dit onderwerp.

Vraag 117

Wat doet het kabinet als de fabrikant niet voornemens is het middel kosteloos te beschikking te stellen als het kabinet het middel in de «sluis» heeft geplaatst? Hoe garandeert zij beschikbaarheid voor patiënten?

Antwoord 117:
Dit wordt nader uitgewerkt in aanloop naar de wettelijke verankering van de sluis per AMvB. Tot die tijd wordt de volgende lijn gehanteerd zoals ook beschreven in de brief van 7 april 2016 inzake 4 nieuwe kandidaten voor de sluis (Kamerstuk 29 477, nr. 371).

Patiënten hebben vanaf de start van een sluis tot het definitieve pakketbesluit geen verzekerde toegang tot een product dat in de sluis zit. Dat betekent dat een geneesmiddel in die periode wel op de markt beschikbaar is, maar niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Een leverancier kan er voor kiezen om een dergelijk product tot het uiteindelijke pakketbesluit kosteloos beschikbaar te stellen voor patiënten, mits dit in lijn is met vigerende kaders van IGZ en/of de Gedragscode geneesmiddelenreclame. Indien een leverancier niet voornemens is het middel kosteloos beschikbaar te stellen dan zal dit resulteren in een latere toegang van patiënten tot het geneesmiddel vanuit het verzekerde pakket. Hoewel de toepassing van de sluis als gevolg heeft dat een besluit over de vergoeding van deze geneesmiddelen voor patiënten met enkele maanden (na markttoelating) wordt opgeschort, acht ik dit gezien de financiële risico's en de wens de toegang duurzaam te borgen, de enige verantwoorde keuze.

Vraag 118
Kan een toelichting worden gegeven op het verschil tussen de oorspronkelijk vastgestelde begroting en het realisatiecijfer bij de opdracht Risicoverevening? Hoe kan dit worden verklaard, en wat zegt dit verschil over de schatting van de vereveningskosten?

Antwoord 118:
Er zijn meer onderzoeken gedaan dan voorzien bij het opstellen van de begroting. In het kader van kwaliteit loont is het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening aanzienlijk geïntensiveerd.

Resultaat van de intensivering is dat in de vereveningsmodellen meer chronisch zieken worden geindentificeerd (350.000) en dat de ondercompensatie van belangrijke groepen verdwijnt. Zo zijn gebruikers van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie in het voorgaande jaar niet meer voorspelbaar verliesgevend.

Vraag 119
Hoe verantwoordt u de aanvullende subsidie aan het College Perinatale Zorg, nu blijkt dat dit samenwerkingsorgaan de samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen niet heeft kunnen verbeteren en kunnen vastleggen in de integrale geboortezorgstandaard?

Antwoord 119:
De aanvullende subsidie die het CPZ heeft gekregen richtte zich op het ontwikkelen van een plan van aanpak preventie en op het versterken van de regionale praktijk. Het plan van aanpak preventie is klaar en is u op 17 november 2015 (Kamerstuk 32 279, nr. 71) toegestuurd. Met het versterken van de regionale praktijk is het CPZ gestart en dit zal de komende jaren nog de nodige aandacht vergen. De ontwikkeling van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg heeft plaatsgevonden binnen de reguliere instellingssubsidie van het CPZ. De samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen is de afgelopen jaren aanzienlijk verbeterd. Dit is met name merkbaar in de regio's. Dit blijkt ook uit het

inspectierapport over de verloskundig samenwerkingsverbanden «Thematisch toezicht geboortezorg: Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van «Een goed begin» van maart 2016. Ik heb u dit rapport op 18 april 2016 (Kamerstuk 32 279, nr. 83) toegestuurd

Vraag 120
Hoeveel kosten aan overhead maken ziekenhuizen? Hoe heeft dit percentage zich ontwikkeld sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006)?

Antwoord 120:
Met brief van 19 mei 2015 heeft u mij het verzoek gebracht van het lid Leijten inzake het bericht «Ziekenhuizen: een op de vijf euro's gaat naar overhead» (Follow the Money, 12 mei 2015). Hierbij is een schriftelijke reactie verzocht. De schriftelijke reactie is op 10 juni 2015 naar uw kamer verzonden (Kamerstuk 29 515, nr. 363). Ik verwijs u graag naar deze brief voor een uitgebreid antwoord op deze vraag.

Vraag 121
Hoe doen Nederlandse ziekenhuizen het internationaal gezien op het gebied van overhead?

Antwoord 121:
Zie het antwoord op vraag 120.

Vraag 122
Hoeveel besteden ziekenhuizen, zowel in absolute bedragen als qua percentage van de jaaromzet, aan ICT? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 122:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat ziekenhuizen niet verplicht zijn deze gegevens aan te leveren.

Vraag 123
Hoeveel besteden ziekenhuizen aan consultancy? Wilt u dit weergeven in zowel absolute bedragen als percentage van de jaaromzet? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 123:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat ziekenhuizen niet verplicht zijn deze gegevens aan te leveren.

Vraag 124
Hoeveel besteden ziekenhuizen aan accountancy? Wilt u dit weergeven in zowel absolute bedragen als percentage van de jaaromzet? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 124:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat ziekenhuizen niet verplicht zijn deze gegevens aan te leveren.

Vraag 125
Hoeveel besteden ziekenhuizen in zowel absolute bedragen als qua percentage van de jaaromzet aan kapitaallasten/vastgoed? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 125:
Exacte informatie over hoeveel ziekenhuizen aan kapitaallasten/ vastgoed besteden heeft het Ministerie van VWS niet. De NZa gaat er bij de

garantieregeling kapitaallasten 2011–2016 vanuit dat 8% van de DOT-omzet van ziekenhuizen ter dekking van kapitaallasten is. Dit normatieve percentage is in 2011 vastgesteld en gebaseerd op de gemiddelde kapitaallasten van ziekenhuizen. Nieuwbouwziekenhuizen zitten vaak boven dit gemiddelde, terwijl oude ziekenhuizen hier vaak onder zitten.

Naar verwachting nemen de uitgaven aan kapitaallasten door de tijd heen af. Door de afschaffing van het bouwregime en de invoering van prestatiebekostiging zijn ziekenhuizen zelf risicodragend voor hun kapitaallasten. Daarom valt te verwachten dat zij efficiënter investeren.

Vraag 126
Hoeveel besteden ziekenhuizen in zowel absolute bedragen als qua percentage van de jaaromzet aan management? Neemt dit toe of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 126:
Ik beschik niet over de gevraagde informatie omdat ziekenhuizen niet verplicht zijn deze gegevens aan te leveren.

Vraag 127
Hoe vaak is de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) van ziekenhuizen geraadpleegd? Heeft dit tot een toename geleid van «stemmen met de voeten» van patiënten?

Antwoord 127:
Ziekenhuizen zijn verplicht om jaarlijks de HSMR, die volgens het meest recente landelijke berekeningsmodel van het CBS is berekend, over het jaar t-2 te publiceren op hun website. Zij moeten deze gegevens eveneens zenden aan de NZa. Bovendien is deze informatie ook op andere websites te vinden. Ik beschik niet over informatie hoe vaak de websites van ziekenhuizen door patiënten wordt geraadpleegd in algemene zin dan wel ten aanzien van de HSMR. Mij is daarom niet bekend in welke mate deze informatie van invloed is op voorkeuren of keuzes van patiënten.

Vraag 128
Kunt u een overzicht geven van het aantal geregistreerde donoren in Nederland voor de periode 2006–2016, waarbij een specificatie is gemaakt naar het percentage dat toestemming geeft (al dan niet met beperkingen), de keuze aan derden over laat en geen toestemming geeft?

Antwoord 128:

	[1]2006		2007	
totaal registraties	**5.055.060**	**%**	**5.197.141**	**%**
Keuze 1: Toestemming	2.378.862	47,1%	2.454.955	47,2%
Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	480.717	9,5%	507.273	9,8%
Keuze 2: Geen toestemming	1.562.082	30,9%	1.580.464	30,4%
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	541.588	10,7%	559.305	10,8%
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	91.811	1,8%	95.144	1,8%
	2008		2009	
totaal registraties	**5.365.129**	**%**	**5.463.270**	**%**
Keuze 1: Toestemming	2.526.976	47,1%	2.584.127	47,3%
Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	536.512	10,0%	557.254	10,2%
Keuze 2: Geen toestemming	1.614.904	30,1%	1.628.054	29,8%
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	584.799	10,9%	595.496	10,9%
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	101.938	1,9%	98.339	1,8%
	2010		2011	
totaal registraties	**5.552.415**	**%**	**5.618.926**	**%**
Keuze 1: Toestemming	2.642.950	47,6%	2.695.657	48,0%

Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	594.108	10,7%	626.021	11,1%
Keuze 2: Geen toestemming	1.615.753	29,1%	1.597.928	28,4%
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	599.661	10,8%	597.283	10,6%
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	99.943	1,8%	102.037	1,8%
	2012		2013	
totaal registraties	**5.701.610**	**%**	**5.771.382**	**%**
Keuze 1: Toestemming	2.750.188	48,2%	2.796.889	48,5%
Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	658.779	11,6%	686.617	11,9%
Keuze 2: Geen toestemming	1.590.740	27,9%	1.584.432	27,5%
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	599.521	10,5%	601.039	10,4%
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	102.382	1,8%	102.405	1,8%
	2014		2015	
totaal registraties	**5.820.131**	**%**	**5.865.831**	**%**
Keuze 1: Toestemming	2.830.084	48,6%	2.866.157	48,9%
Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	708.764	12,2%	731.133	12,5%
Keuze 2: Geen toestemming	1.576.812	27,1%	1.562.181	26,6%
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	602.169	10,3%	604.183	10,3%
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	102.302	1,8%	102.177	1,7%
	2016			
totaal registraties	**5.892.585**	**%**		
Keuze 1: Toestemming	2.886.095	49,0%		
Keuze 1: Toestemming met donatiebeperkingen	741.677	12,6%		
Keuze 2: Geen toestemming	1.557.505	26,4%		
Keuze 3: Nabestaanden beslissen	605.162	10,3%		
Keuze 4: Aangewezen persoon beslist	102.146	1,7%		

[1] 2006–2015: per 31 december, 2016: per 30 april

Vraag 129
Wat is de verklaring van de lichte afname van het aantal donoren en transplantaties in 2015?

Antwoord 129:
In 2015 waren er in Nederland 265 overleden orgaandonoren. Dit is een daling van 2% ten opzichte van het jaar daarvoor (2014: 271). Met de organen van deze donoren konden 759 orgaantransplantaties worden uitgevoerd, 3,3% minder dan in 2014 (785).

Er zijn twee soorten donoren: heartbeating donoren, die bewezen hersendood zijn, en non-heartbeating donoren, die overlijden doordat het hart is gestopt (circulatiestilstand). Het aantal non-heartbeating donoren laat de laatste jaren een stijgende lijn zien. Het jaar 2014 was een vrij uitzonderlijk jaar met een relatief groot aantal heartbeating donoren (150 tegenover 126 in 2015). In 2015 wordt de trend van aantal non-heartbeating donoren weer voortgezet: een toename van 15% (121 in 2014, 139 in 2015). Dit past in de afnemende trend van heartbeating donoren die we de afgelopen jaren waarnemen.

In 2015 zijn er meer orgaandonoren gemeld bij de NTS (348 tegenover 336 in 2014), maar konden er uiteindelijk 265 daadwerkelijk worden ingezet als donor tegenover 271 in 2014. De eisen ten aanzien van het vaststellen van de dood bij non-heartbeating donoren zijn zodanig dat de kans op het daadwerkelijk uitnemen van de organen kleiner is dan bij heartbeating donoren. Dit verklaart de lichte daling van het aantal donoren in 2015.

Bij een non-heartbeating donor kunnen daarnaast vaak minder organen worden uitgenomen dan bij een heartbeating donor. Uiteraard is het vaak het hart dat niet kan worden gebruikt. Dit betekent dat bij een hoger aantal non-heartbeating donoren er over het algemeen minder donororganen beschikbaar zijn en er dus minder transplantaties kunnen worden uitgevoerd. Dit is de belangrijkste reden van de daling van het aantal orgaantransplantaties in 2015 ten opzichte van 2014.

Vraag 130
Wanneer stuurt het kabinet de nota van wijziging bij de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg uiterlijk naar de Kamer?

Antwoord 130:
Het is mijn voornemen om de tweede nota van wijziging voor de zomer bij uw Kamer in te dienen. Op dit moment ben ik evenwel nog in afwachting van het advies van de Raad van State.

Vraag 131
Hoeveel onverzekerden zijn er in Nederland? Kunt u inzicht bieden in de ontwikkeling van het aantal onverzekerden voor de periode 2006–2016?

Antwoord 131:
Bij de interpretatie van de ontwikkeling van het aantal onverzekerden in Nederland dient onderscheid gemaakt te worden tussen de periode 2006 – 2010 en de periode 2011 – heden. Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering, (hierna: Wet Ovoz) in werking getreden (Stb. 2011, 111). Vanaf dat moment worden onverzekerde verzekeringsplichtigen actief opgespoord door bestandsvergelijkingen, aangeschreven, beboet en ambtshalve verzekerd. Opgespoorde onverzekerden kunnen maximaal negen maanden onverzekerd blijven.

De aantallen onverzekerden in de periode 2006 tot en met 2010 zijn opgenomen in de onderstaande tabel.

	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal onverzekerden	172.800	150.710	152.810	152.240	136.450

Bron: CBS

De onderstaande tabel toont het verloop van het aantal aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit het Ovoz-traject is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden (dit zijn de onverzekerden die in de fase van aanschrijving en boetes zitten). Eind 2015 waren er 22.432 actief onverzekerden.

	2011	2012	2013	2014	2015
Aangeschreven	164.388	69.744	69.382	71.726	47.458
Einde onverzekerd	106.423	96.028	72.323	71.012	54.480
Stand actief onverzekerden	57.965	31.681	28.740	29.454	22.432

Bron: Zorginstituut Nederland

Het aantal «actief onverzekerden» is in de loop der jaren ook gedaald als gevolg van een slimme datafilter bij de SVB. Een deel van de groep «actief onverzekerd» bestond uit niet-verzekeringsplichtige buitenlandse studenten die na enige tijd terugkeren naar het land van herkomst, maar zich niet uitschrijven bij de gemeente. Hierdoor stonden zij ten onrechte geregistreerd als «onverzekerde verzekeringplichtige». Deze groep staat nu niet meer geregistreerd als «actief onverzekerd».

Vraag 132
Hoeveel wanbetalers zijn er in Nederland? Kunt u inzicht bieden in de ontwikkeling van het aantal wanbetalers voor de periode 2006–2016?

Antwoord 132:

Bij de interpretatie van de ontwikkeling van het aantal wanbetalers in Nederland dient onderscheid gemaakt te worden tussen de periode 2006 – 2009 en de periode 2010 – heden.

Voor de periode 2006 tot 2009 werden wanbetalers door het CBS gedefinieerd als personen die op de peildatum in de Basisregistratie Personen (BRP) staan ingeschreven, 18 jaar of ouder zijn en minimaal zes maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben.

	2006	2007	2008	2009
Aantal wanbetalers per ultimo	190.000	240.000	280.000	318.500

Bron: CBS

Per 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in werking getreden. Wanbetalers met een schuld ter hoogte van ten minste zes maanden premie worden vanaf dat moment aangemeld bij Zorginstituut Nederland en komen dan in het bestuursrechtelijk premieregime. In de onderstaande tabel ziet u het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal wanbetalers per ultimo jaar	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037

Bron: Zorginstituut Nederland

Ik kan u melden dat op 1 mei 2016 **303.275** wanbetalers stonden geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. Het percentage wanbetalers ligt nu lager dan bij het ziekenfonds in 2005. Waren er toen 2,5% wanbetalers in het ziekenfonds, nu ligt dat percentage op 2,2% voor alle verzekerden (boven de 18 jaar). Deze daling is voor een deel te danken aan een zorgverzekeraar die, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet «verbetering wanbetalersmaatregelen» op 1 juli 2016, de bestuursrechtelijke premie van een grote groep wanbetalers met een betalingsregeling heeft opgeschort. Als de betalingsregeling is voldaan stromen deze personen definitief uit. Andere zorgverzekeraars zijn van plan om hier binnenkort ook mee te starten. In aanvulling daarop zal de regeling «uitstroom bijstandsgerechtigden» bij gaan dragen aan een verdere daling van het aantal wanbetalers. Hiervoor is het wel van belang dat zorgverzekeraars samen met gemeenten aan de slag gaan. Ik zal de komende tijd zorgverzekeraars en gemeenten oproepen gebruik te maken van deze regeling.

Vraag 133
Hoeveel gemoedsbezwaarden zijn er in Nederland? Kunt u inzicht bieden in de ontwikkeling van het aantal gemoedsbezwaarden voor de periode 2006–2016?

Antwoord 133:
Op dit moment zijn er 12.416 gemoedsbezwaarden in Nederland. In de onderstaande tabel vindt u de ontwikkeling van het aantal gemoedsbezwaarden voor de periode 2006 tot en met 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010
Personen	11.139	11.392	11.700	11.979	11.819
Huishoudens		3.500	3.400	3.537	3.489

	2006	2007	2008	2009	2010
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Personen	12.186	12.500	12.566	12.504	12.460
Huishoudens	3.614	3.549	3.702	3.679	3.668

Bron: Zorginstituut Nederland

Vraag 134
Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie? Wat is de ontwikkeling van deze cijfers over de afgelopen tien jaar?

Antwoord 134:
Zie antwoord op vraag 132.

Vraag 135
Hoeveel bedraagt de totale schuld van de wanbetalers Zvw? Hoeveel is er in 2015 aan schuld afbetaald en hoeveel is er kwijtgescholden?

Antwoord 135:
In de onderstaande tabel is de opgelegde en nog niet betaalde bestuursrechtelijke premie weergegeven. In dit overzicht is niet meegenomen het nog niet betaalde gedeelte van de vordering van wanbetalers wiens zorgtoeslag is omgeleid. Als de vordering bij het CJIB volledig is betaald, wordt hier bericht van gegeven aan het Zorginstituut. Circa € 152 miljoen (stand 1 mei 2016) staat bij het CJIB geboekt als gedeeltelijk betaalde vorderingen.

De eindafrekening betreft de nog openstaande schuld op het moment dat een wanbetaler wordt afgemeld bij het Zorginstituut; hierbij wordt standaard 30% kwijtgescholden. Daarnaast vindt volledige kwijtschelding van openstaande vorderingen plaats bij wanbetalers die worden afgemeld wegens een getroffen schuldregeling. In 2015 is € 62 miljoen kwijtgescholden op vorderingen uit de periode 2009 t/m 2015.

Opgemerkt moet worden dat het openstaande bedrag dat nu nog op de balans staat voor een deel oninbaar zal blijken. Op dit moment wordt door Zorginstituut Nederland gewerkt aan administratieve regels omtrent het afboeken van oninbare vorderingen (in lijn met andere zelfstandige bestuursorganen die te maken hebben met oninbare vorderingen).

X € 1.000	2015	Totaal 2009–2016
Te incasseren premies	585.783	**3.018.666**
Netto betaald[1]	258.785	**1.439.721**
Afgeboekt	5.640	**268.776**
Naar eindafrekening	22.755	**336.184**
In betalingsregeling	3	**2.465**
Openstaande premie	298.601	**971.519**

[1] Exclusief € 152 miljoen reeds ontvangen maar nog niet verwerkte deelontvangsten.

Bron: Zorginstituut Nederland

Vraag 136
Kunt u inzicht geven in het inningspercentage met betrekking tot wanbetalers voor de afgelopen tien jaar?

Antwoord 136:

Het inningspercentage slaat op het bestuursrechtelijk premieregime dat bestaat sinds de inwerkingtreding van de wet «structurele maatregelen wanbetalers» eind 2009. Op het totaal van de opleggingen van eind 2009 tot heden (zijnde € 3 miljard) is tot nu toe € 1,6 miljard ontvangen. Dit komt overeen met een inningspercentage van gemiddeld 53%.

Vraag 137
Uit welke maatregelen bestaat het aangescherpt beleid van het Zorginstituut met betrekking tot wanbetalers precies?

Antwoord 137:
Zorginstituut Nederland kijkt sinds 2014 tweemaal per jaar of er een inkomen beschikbaar is gekomen waar broninhouding op mogelijk is. Dit aangescherpte beleid zorgt er voor dat bestuursrechtelijke premie vaker op het inkomen wordt ingehouden. Deze wijze van inning verhoogt het inningspercentage. Daarnaast wordt bij een deel van de vorderingen sinds 2014 een tweede keer bekeken of beslag mogelijk is (tweede deurwaardersgang).

Vraag 138
Wat is het inningpercentage als het gaat om wanbetalers?

Antwoord 138:
Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 139
Wat willen we bereiken en hoe effectief is het beleid?

Antwoord 139:
Bij de start van de hervorming van de langdurige zorg zijn een aantal doelen geformuleerd, zoals met u is gedeeld in kamerstuk Kamerstuk 30 597, nr. 296. Allereerst gaat het om kwalitatief goede zorgverlening en ondersteuning die het mogelijk maakt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en niet eenzaam zijn. In de tweede plaats is de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg een belangrijk uitgangspunt. In de derde plaats willen we bereiken dat in de samenleving meer naar elkaar wordt omgekeken. Er loopt van 2015 tot 2017 een evaluatie van de hervorming langdurige zorg die mede naar de effectiviteit van het beleid kijkt.

Vraag 140
Wat zijn ontwikkelingen in gebruik en uitgaven op deelterreinen?

Antwoord 140:
Bij de hervorming van de langdurige zorg zijn de middelen van de AWBZ in hoofdzaak verdeeld over vier domeinen: Wlz, Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet. In 2014 bedroegen de AWBZ-uitgaven € 27,8 miljoen. De Wlz-uitgaven bedroegen in 2015 € 19,9 miljard. Vanuit de AWBZ is daarnaast per 2015 een bedrag van € 3,39 miljard overgeheveld naar de Zvw en een bedrag van € 4,67 miljard naar gemeenten (waarvan € 3,51 miljard naar de Wmo 2015 en € 1,16 miljard naar de Jeugdwet). In totaal is voor de nieuwe taken van de Wmo 2015 en de Jeugdwet binnen de integratie-uitkering Sociaal domein in 2015 € 8,6 miljard beschikbaar gesteld. In 2015 is € 3,21 miljard uitgegeven aan wijkverpleging. Daarmee is de korting van € 420 miljoen in 2015 op € 38 miljoen na gerealiseerd.

Recentelijk heeft het CIZ gerapporteerd over de ontwikkeling van het aantal cliënten met aanspraak op Wlz-zorg. Het blijkt dat het totaal aantal cliënten met een Wlz-indicatie stabiel is gebleven op 284.000 (dit aantal is inclusief de cliënten met een indicatie voor eerstelijnsverblijf exclusief

Wlz-indiceerbaren). Tussen de sectoren zijn er wel enige verschillen te constateren. Het aantal cliënten met een VV-pakket neemt volgens verwachting af door de verdergaande extramuralisering. Daar staat enige groei in de VG-sector tegenover. Het aantal cliënten in de LG en ZG blijft vrijwel gelijk. Het aantal cliënten in de Wlz met een GGZ-B pakket is enigszins gedaald omdat vanaf 2015 cliënten pas na 3 jaar behandeling doorstromen naar de Wlz. Daardoor zijn in het jaar 2015 geen cliënten met een GGZ-B doorgestroomd van de Zvw naar de Wlz.

Over wijkverpleging zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het aantal gebruikers. Onderstaand overzicht laat het aantal personen zien dat gebruik maakt van huishoudelijke verzorging, individuele begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen.

	eenheid	2013	2014	2015
Huishoudelijke hulp[1]	1.000	414,1	378,6	n.n.b.
Individuele begeleiding[2]		156,6	151,9	155,6
Dagbesteding[2]		97,6	91,9	68,2
Beschermd wonen[2]				15,1

[1] Bron: Jaarverslag, tabel 10 kerncijfers AWBZ/Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet p. 173–174. Het gaat hierbij huishoudelijke verzorging geleverd als maatwerkvoorziening.
[2] Bron: aantallen 2015 CAK maart 2016 en aantallen 2013 en 2014 CAK februari 2014. Het gaat hierbij om begeleiding en beschermd wonen dat wordt geleverd als maatwerkvoorziening. Het CAK beschikt niet over een apart registratie van de eigen bijdrage voor hulpmiddelen en over aantallen personen beschermd wonen voor 2015. Personen die ondersteuning ontvangen waarbij sprake is van resultaatfinanciering of arrangementen waar huishoudelijke verzorging of begeleiding onderdeel van is, zijn niet in deze aantallen opgenomen. Daarnaast geldt dat personen van meerdere vormen van ondersteuning gebruik maken. De aantallen kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

Vraag 141
Zijn er verschuivingen tussen domeinen?

Antwoord 141:
Gezien de recente start van de hervormingen van de langdurige zorg is het op dit moment nog te vroeg om verschuivingen tussen domeinen te constateren en te duiden. De geformuleerde vragen met betrekking tot verschuivingen tussen domeinen en het gebruik maken deel uit van de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg. De evaluatie van de hervorming langdurige zorg loopt van 2015 tot en met 2017.

Vraag 142
Welke ontwikkelingen in het beleid en percepties bij gemeenten, burgers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen die verschuivingen in gebruik en uitgaven verklaren?

Antwoord 142:
Zie het antwoord op vraag 141.

Vraag 143
Door de hervorming van de langdurige zorg is de basis voor een cliëntgericht stelsel gelegd. Waaruit blijkt die cliëntgerichtheid?

Antwoord 143:
De cliëntgerichtheid blijkt enerzijds uit het direct betrekken van de cliënt bij de vertaling van zijn zorgvraag en anderzijds uit het beschikbaar zijn van een aantal instrumenten.
Met betrekking tot de betrokkenheid wil ik ondermeer wijzen op de individuele gesprekken met de cliënten in het kader van toegang tot zorg

en ondersteuning (CIZ; gemeenten; wijkverpleegkundige) en de nadere invulling van het zorgarrangement (zorgplan bespreking).
De extra instrumenten zijn onder meer de verankering van de pgb als leveringsvorm in de wet en het beschikbaar zijn van onafhankelijke cliëntondersteuning.

Vraag 144
Is het niet feitelijk onjuist dat in 2015 de continuïteit van zorg gewaarborgd is gebleven?

Antwoord 144:
Gemeenten, verzekeraars en aanbieders hebben hun verantwoordelijkheid genomen en er voor gezorgd dat mensen die uit de AWBZ kwamen, passende zorg en ondersteuning hebben ontvangen in 2015.

Cliënten vanuit de AWBZ die per 1-1-15 onder verantwoordelijkheid van gemeenten of de zorgverzekeraar kwamen, hebben in 2015 de zorg volgens de eerder afgegeven indicatie behouden, tenzij als gevolg van afloop van de termijn van indicatie in de loop van dat jaar een nieuwe beoordeling aan de orde was. Wel kan het voorkomen dat de aanbieder van de zorg gewijzigd is. Ook in dat geval bleef de afgegeven indicatie leidend. Op grond hiervan kan worden geconcludeerd dat de continuïteit van (voormalige AWBZ-) zorg door gemeenten en zorgverzekeraars is gerealiseerd.

Er zijn door gemeenten, door cliëntorganisaties en mijzelf diverse meldpunten ingericht voor cliënten om zich te kunnen melden als zij geen zorg zouden krijgen die ze nodig hadden. Dit heeft in individuele gevallen geleid tot maatwerkoplossingen, daar waar dat niet direct goed verliep.

Vraag 145
Hoeveel mensen zijn er gekort op de huishoudelijke hulp?

Antwoord 145:
Gemeenten zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 verantwoordelijk voor de verstrekking van huishoudelijke hulp. Op landelijk niveau wordt geen overzicht bijgehouden van het aantal mensen bij wie de toekenning van huishoudelijke hulp op grond van deze wet is verminderd. Colleges van burgemeester en wethouders leggen over de toekenning van deze voorzieningen verantwoording af aan de gemeenteraad.

Vraag 146
Hoeveel mensen kregen er 31-12-2014 huishoudelijke hulp, en hoeveel zijn dat er op 31-12-2015?

Antwoord 146:
Gemeenten zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 verantwoordelijk voor de verstrekking van huishoudelijke hulp. De wet biedt gemeenten de ruimte om huishoudelijke hulp in verschillende vormen aan te bieden. Er is op landelijk niveau inzage in het aantal cliënten met huishoudelijke hulp in de vorm van een maatwerkvoorziening waarvoor het CAK een eigen bijdrage int. Er is echter geen landelijk beeld van het aantal cliënten dat huishoudelijke hulp ontvangt in de vorm van een algemene voorziening of waarbij huishoudelijke verzorging onderdeel uitmaakt van resultaatfinanciering of een arrangement. Derhalve kan dus geen totaalbeeld worden gegeven van het totaal aantal mensen dat huishoudelijke hulp op grond van de Wmo 2015 ontvangt.

Vraag 147
Welke verschuiving in zorggebruik in de langdurige zorg is in 2015 waarneembaar van tweedelijnszorg (intramuraal) naar eerstelijnszorg (extramuraal)? Voldoet deze verschuiving aan de verwachtingen?

Antwoord 147:
Het aantal cliënten met een laag pakket in de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg neemt volgens verwachting af door de verdergaande extramuralisering. Uit de cijfers van het Zorginstituut blijkt dat circa 71% van de cliënten met een Wlz-indicatie daadwerkelijk in een instelling verblijft. Bijna 30% van de Wlz-geindiceerden cliënten verblijft thuis en ontvangt zorg via een pgb, vpt of mpt of zij wachten op een plaats in een instelling. De voorkeur voor pgb als leveringsvorm neemt daarbij toe.

Vraag 148
Waarop is gebaseerd dat de continuïteit van zorg gewaarborgd is gebleven in 2015?

Antwoord 148:
Zie het antwoord op vraag 144.

Vraag 149
Hoeveel gemeenten zijn in 2015 door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving is?

Antwoord 149:
Op basis van signalen die mij bereiken over mogelijke strijdigheden van beleid of uitvoering met de Wmo 2015 in meer dan incidentele gevallen, wordt in de eerste plaats contact opgenomen met gemeenten voor het vergaren van de voor een goede beoordeling relevante informatie. In deze fase wordt bekeken of daadwerkelijk sprake is van strijdigheid met de wet. Ook wordt bekeken of de gemeenteraad zijn verantwoordelijkheid heeft opgepakt en de raad en het college het debat voeren over het onderwerp.

Het behoort tot de vaste werkwijze om geconstateerde strijdigheden in de uitvoering en of beleid met de Wmo 2015 eerst en zoveel als mogelijk op te lossen op ambtelijk niveau. Zo nodig wordt met de wethouder en het college contact opgenomen om zekerheid te verkrijgen dat de gemeente het beleid gaat aanpassen en of de uitvoering op orde gaat brengen. Mocht een college om redenen daartoe niet bereid zijn, dan volgt een brief van mij, of namens mij, aan het college met een afschrift aan de gemeenteraad.

Op basis van de ervaringen tot nu toe worden signalen in de regel direct opgepakt door colleges. Concreet is in 2015 in drie gevallen een brief aan de verantwoordelijke colleges in afschrift aan de gemeenteraden toegestuurd.

Vraag 150
Wanneer heeft het ministerie contact gehad met individuele gemeenten in verband met de uitvoering van de Wmo? Waarover gingen deze contacten?

Antwoord 150:
VWS nagenoeg dagelijks contact met individuele gemeenten. Dit om zicht te krijgen en te houden op de zich ontwikkelende en vernieuwende uitvoeringspraktijk. Gemeenten worden ook expliciet uitgenodigd hun verantwoordelijkheid te nemen en participeren in diverse werkgroepen op wisselende thema's zoals «kwaliteit», «administratieve lasten» of in

klankbordgroepen van onderzoeken zoals de beleidsevaluatie van de Wmo. Gemeenten worden (op initiatief van VNG en/of VWS) bij elkaar gebracht op regionale bijeenkomsten voor kennisdeling. Gemeenten worden, waar daartoe aanleiding bestaat, gevraagd om een toelichting te geven op casuïstiek bijvoorbeeld n.a.v. mediaberichten, meldingen bij het meldpunt «het juiste loket» of burgerbrieven. VWS schuift daartoe uitgenodigd ook aan bij de overleggen van gemeenten zelf, zoals de overleggen van G32, G4 en het netwerk van Directeuren Sociaal Domein. De contacten vinden zowel plaats op ambtelijk als bestuurlijk niveau.

Vraag 151
Wanneer heeft het ministerie contact gehad met de VNG over beleid en uitvoering van beleid? Waarover gingen de contacten?

Antwoord 151:
VWS heeft zeer frequent ambtelijk contact met de VNG. Deze contacten zijn divers van aard, en betreffen zowel voorbereiding van nieuw beleid als de implementatie en uitvoering van bestaand beleid door gemeenten. In de afgelopen periode is uiteraard veel overleg gevoerd over thema's die verband hielden met een goed verloop van de decentralisaties, waaronder bijvoorbeeld de samenwerking van gemeenten met verzekeraars.

Ook vinden periodiek onder voorzitterschap van de verantwoordelijk bewindspersoon bestuurlijke overleggen met de VNG plaats. Daar waar nodig worden overleggen van VWS met VNG, zowel ambtelijk als bestuurlijk, uitgebreid met andere partijen, zoals de zorgverzekeraars of zorgaanbieders.

Tot slot vindt periodiek overleg plaats tussen leden van het kabinet en de VNG over bredere departementaal overstijgende thema's in het sociaal domein (de zogenaamde Regietafel decentralisaties).

Vraag 152
Hoeveel mensen zijn er geherindiceerd in 2015, en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen voor Wmo-zorg?

Antwoord 152:
Op landelijk niveau wordt geen overzicht bijgehouden van het aantal mensen bij wie opnieuw een indicatie is gesteld. Ook wordt geen landelijk overzicht bijgehouden van de wijzigingen die zijn aangebracht in de toekenning van voorzieningen aan bestaande cliënten. Voorts geldt dat geen totaal beeld kan worden gegeven van het totaal aantal mensen dat huishoudelijke hulp op grond van de Wmo 2015 ontvangt gezien er geen landelijk beeld is van het aantal mensen dat huishoudelijke hulp ontvangt in de vorm van een algemene voorziening of waarbij huishoudelijke verzorging onderdeel uitmaakt van resultaatfinanciering of een arrangement.

Vraag 153
Bij hoeveel mensen is de indicatie voor zorg uit de Wmo niet veranderd in 2015?

Antwoord 153:
Zie het antwoord op vraag 152.

Vraag 154
Welke thuiszorgorganisaties zijn in 2015 failliet gegaan?

Antwoord 154:

Het ministerie registreert niet welke thuiszorgorganisaties failliet zijn gegaan. De gevraagde gegevens kunnen om die reden niet worden verstrekt.

Vraag 155
Welke thuiszorgorganisaties en dagbestedingslocaties zijn in 2015 gestopt met het aanbieden van zorg en om welke redenen zijn zij gestopt?

Antwoord 155:
Gemeenten zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 verantwoordelijk voor de verstrekking van maatschappelijke ondersteuning. De keuze om bepaalde activiteiten niet langer, op andere locaties en of in andere vormen te organiseren wordt lokaal gemaakt. De beslissing hierover wordt genomen door aanbieders en gemeenten. Op landelijk niveau wordt geen overzicht bijgehouden van het aantal thuiszorgorganisaties en dagbestedingslocaties dat is gestopt in 2015 en om welke redenen zij zijn gestopt. Colleges van burgemeester en wethouders leggen over deze keuzes verantwoording af aan de gemeenteraad.

Vraag 156
Hoeveel casemanagers waren er op 31-12-2014? Hoeveel op 31-12-2015?

Antwoord 156:
Er zijn geen cijfers bekend over het aantal casemanagers bij dementie. Soms is de casemanager namelijk een gespecialiseerde casemanager en in andere gevallen een andere zorgverlener met een extra specialisatie voor casemanagement bij dementie. De Zvw is namelijk functioneel omschreven, dat wil zeggen dat niet voorgeschreven wordt wie de zorg levert. Het is aan verzekeraars en aanbieders om hier afspraken over te maken.

Vraag 157
Kan het kabinet duiden waar aandachtspunten liggen bij de hervorming van de langdurige zorg, en wanneer welke rapporten van het SCP hierover verschijnen?

Antwoord 157:
De aandachtspunten bij de Transitie hervorming langdurige zorg worden geschetst in antwoord 158. De beleidsevaluatie hervorming langdurige zorg richt zich op de Wmo 2015, de Zorgverzekeringswet/wijkverpleging en op de Wet langdurige zorg (Wlz). In het evaluatie onderzoek staan twee vragen centraal.

De eerste vraag is in hoeverre de doelen van de hervorming langdurige zorg en van de betreffende wetten en maatregelen worden bereikt. Het gaat dan om aandachtspunten als: langer thuis wonen, betere kwaliteit van leven, meer zelfredzaamheid en eigen regie, betere kwaliteit van zorg en ondersteuning, ed.

De tweede vraag is in hoeverre het doelbereik verband houdt met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen of met andere factoren. Hierbij is onder meer expliciet aandacht voor toegang, indicatiestelling, de zorgkeuze Wlz en samenhang tussen wetten.

Voorafgaand aan het eindrapport verschijnen enkele deelstudies in 2016 (langer thuis wonen, toegang Wlz/onderdeel indicatiestellers) en 2017 (onafhankelijke cliëntondersteuning, wijkverpleging, Wlz-uitvoeringspraktijk, toegang, informele zorg, inspraak in gemeentelijke Wmo-beleid, lokale uitvoeringspraktijk).

Vraag 158
Welke specifieke aandachtspunten zijn er als het gaat om de Transitie Hervorming Langdurig Zorg op korte en lange termijn? Wat zijn de kosten hiervan?

Antwoord 158:
Aandachtspunten bij de cliëntgerichte benadering in de langdurige zorg op korte termijn zijn ondermeer:
- Het wegnemen van de wachttijden bij onafhankelijke cliëntondersteuning Wmo.
- Het verbeteren van de vormgeving van het zorgbehoefteonderzoek in het kader van de Wmo.
- Het vergroten van de bekendheid van de onafhankelijke cliëntondersteuning in de Wlz.

Op de lange termijn gaat het onder meer om het meer cliëntvolgend inrichten van de bekostiging in de Wlz. Dit onderwerp is een van de elementen uit mijn brief «Waardig leven met zorg», die ik u in februari 2016 heb toegestuurd (Kamerstuk 34 104, nr. 105).

De genoemde activiteiten kunnen naar verwachting binnen de beschikbare budgettaire kaders worden uitgevoerd en leiden derhalve niet tot extra kosten.

Vraag 159
Wanneer wordt de definitieve versie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg opgeleverd?

Antwoord 159:
Zoals genoemd in de voortgangsrapportage Waardigheid & Trots van februari jongstleden (Kamerstuk 31 765, nr. 147) wordt het nieuwe kwaliteitskader voor 1 oktober door betrokken veldpartijen aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland.

Vraag 160
Wanneer wordt het kwaliteitskader gehandicaptenzorg verwacht?

Antwoord 160:
Het vernieuwde kwaliteitskader gehandicaptenzorg is door de stuurgroep vastgesteld. Op dit moment zijn 24 instellingen als proeftuin aan de slag met dit kader. De ervaringen in de proeftuinen worden geëvalueerd, zowel op proces als op inhoud, zodat kan worden bezien of er aanpassingen in het kwaliteitskader nodig zijn. Op basis van de eraringen in de proeftuinen zal worden besloten op welke wijze het kwaliteitskader in 2017 landelijk kan worden ingevoerd.

Vraag 161
Wanneer worden de norm voor kwaliteit in verpleeghuizen naar de Kamer toegestuurd?

Antwoord 161:
Zowel de consultatieversie van het kwaliteitskader van de branche partijen als de toezichtvisie van de IGZ wordt voor de zomer aan de Tweede Kamer gestuurd. De definitieve versie van het kwaliteitskader wordt uiterlijk 1 oktober door de betrokken partijen ingediend bij het Zorginstituut Nederland.

Vraag 162
Op welke wijze is de ondersteuning van mantelzorgers versterkt? Kunt u hiervan voorbeelden en/of cijfers geven?

Antwoord 162:
Het kabinet heeft samen met gemeenten, Mezzo en diverse zorgpartijen de afgelopen tijd ingezet op het versterken, verlichten en verbinden van informele zorg. In de voortgangsrapportage Informele zorg van 13 januari jl. en in de brief «Voortgang en ambitie Wmo, volwaardig meedoen» van 2 mei jl. bent u hierover geïnformeerd (Kamerstuk 29 538, nr. 214).

Eind 2014 is *de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning* als gezamenlijk visiestuk op de informele zorg tot stand gebracht door organisaties van mantelzorgers en vrijwilligers, aanbieders, cliëntorganisaties, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland. 2015 stond vooral in het teken van de implementatie en de concrete vertaalslag van de aanbevelingen uit de agenda naar de werkvloer. Dit is ondermeer opgepakt in het programma *In voor mantelzorg* waar zo'n 6.000 mantelzorgers en 3.000 zorgprofessionals in 80 trajecten, in 7 sectoren op de werkvloer aan de slag zijn gegaan met het versterken van het samenspel met mantelzorgers. Daarnaast staat mantelzorg bij gemeenten op de agenda en zijn ze aan de slag om dit in de uitvoering nog beter te maken.

Een aantal gemeenten maakt bijvoorbeeld gebruik van de «3-minuten check» om mantelzorgers alert te maken op de ondersteuning die beschikbaar is. Om gemeenten bij het verbeteren van de uitvoering te ondersteunen, ontwikkelen Mezzo en de VNG op dit moment een instrument dat gemeenten helpt in het gesprek met mantelzorgers, het bepalen van de ondersteuningsbehoefte en het inzetten van de waardering.

Vraag 163
Wat is de stand van zaken van de implementatie van het VN-Verdrag inzake de rechtspositie van mensen met een beperking?

Antwoord 163:
Ten behoeve van het inrichten van het platform voor de implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap wordt een kwartiermaker aangesteld. Deze zal de komende maanden in overleg met alle betrokkenen tot een inrichtingsvoorstel komen met zowel aandacht voor organisatie als inhoud. In die fase zal ook het plan van aanpak worden geconcretiseerd door specifieke thema's en acties te benoemen. Voor de fase na die van kwartiermaken zal een persoon als boegbeeld worden aangezocht om de implementatie van de nodige impulsen te voorzien.

Vraag 164
Welke ondersteuning heeft Movisie geboden aan gemeenten voor een adequate uitvoering van de Wmo?

Antwoord 164:
Over de uitvoering van de Wmo 2015 heeft Movisie kennis uit (beleids)onderzoek en ervaring van gemeenten onder gemeenten verzameld en verspreid. Movisie heeft gemeenten o.a. inspiratie, kennis en handreikingen geboden voor vernieuwende praktijken op het terrein van de wijkgericht werken, dagbesteding, de huishoudelijke hulp en multidisciplinaire samenwerking bij huiselijk geweld en kindermishandeling. Ook is kennis verzameld en verspreid over cliëntondersteuning, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Movisie werkt samen met de sector aan de versterking van het vakmanschap van de sociale professional.

Om te zorgen dat het aanbod van Movisie goed aansluit bij de behoeften van gemeenten is de VNG nauw betrokken geweest bij de vaststelling van het jaarplan 2015 en de uitvoering hiervan in 2015.

Vraag 165
Welke gemeenten bieden (nog) geen mantelzorgondersteuning?

Antwoord 165:
In de Wmo 2015 is de positie van de mantelzorger versterkt. Gemeenten hebben de wettelijke taak om te zorgen voor mantelzorgondersteuning en -waardering. Het is aan de gemeenteraad om te controleren of en hoe het college vorm geeft aan deze opdracht en daarover lokaal het debat te voeren. Aangezien dit een taak van de gemeenten betreft, beschikt het Rijk niet over deze gegevens. Er zijn bij mij geen signalen bekend dat gemeenten geen mantelzorgondersteuning bieden.
Periodiek is er overleg met enkele gemeenten, de VNG en Mezzo om de ontwikkelingen rondom mantelzorg landelijk te volgen en waar nodig gezamenlijke acties in te zetten. Uit de inventarisatie naar mantelzorgbeleid die de VNG medio 2015[7] heeft gedaan, blijkt dat mantelzorg bij gemeenten op de agenda staat en dat tegelijkertijd de uitvoering nog beter moet.

Vraag 166
Op welke wijze is de € 4 miljoen besteed die gemeenten, aanbieders, verzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties hebben gekregen? Kunt u een overzicht sturen hoe deze middelen zijn besteed, en aan welke bestemmingen?

Antwoord 166:
De € 4 miljoen is in 2015 besteed aan subsidies aan landelijke organisaties voor hun rol in de ondersteuning bij de transitie en transformatie. De middelen zijn op basis van daartoe ontwikkelde projectplannen toegekend aan de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (namens meerder organisaties van patiënten/cliënten; € 2,3 miljoen), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (€ 1 miljoen) en diverse andere organisaties zoals onder andere Stichting Federatie Opvang, MO-Groep, MEE-Nederland, Landelijk Platform GGZ, Branche Vereniging Kleinschalige Zorg (totaal € 0,7 miljoen). De activiteiten betroffen de daadwerkelijke ondersteuning van regionale en lokale partijen in het jaar van implementatie, betrokkenheid bij de beleidsontwikkeling op landelijk niveau en monitoring.

Vraag 167
Op welke wijze zijn de middelen voor de Wmo-werkplaatsen verdeeld en uitgegeven?

Antwoord 167:
De middelen zijn verdeeld door projectsubsidies aan de Wmo-werkplaatsen. Deze middelen zijn aangevuld met bijdragen van de partners in de werkplaats en werden – gestuurd door de vraag in de regio – door middel van onderzoek, ontwikkeling, onderwijs en ondersteuning ingezet op professionalisering van de beroepspraktijk in de zorg- en welzijnssector. Resultaten zijn openbaar beschikbaar op de gezamenlijke website van de werkplaatsen (www.werkplaatsensociaaldomein.nl). Het betreft onder meer diverse publicaties en onderwijsmodules op thema's als sociale teams, eenzaamheid, interdisciplinair samenwerken, eigen kracht/zelfregie en het samenspel tussen formele en informele zorg en ondersteuning.

Vraag 168
Welke personen/instanties nemen deel aan de Wmo-werkplaatsen en de regionale samenwerkingsverbanden en wat is hun salariëring hiervoor?

---

[7] Rapport onderzoek Mantelzorgbeleid, Radar, juni 2015, in opdracht van de VNG

Antwoord 168:
In Wmo-werkplaatsen werken hogescholen (lectoraten), zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten samen in een regionaal kennisnetwerk. De subsidies worden verleend aan de hogeschool waaraan het lectoraat van de betreffende werkplaats is verbonden. Daarbij zijn gebruikelijke tarieven in de sector hoger onderwijs gehanteerd. Een subsidie bedraagt een derde van de voor de werkplaats benodigde middelen. Voor het resterende deel levert de hogeschool een eigen bijdrage en nemen de partners «in natura» deel met voornamelijk personele inzet.

Vraag 169
In wat voor kennis worden beroepsbeoefenaren en ambtenaren getraind via de Wmo-werkplaatsen?

Antwoord 169:
De partners in de werkplaatsen werken samen aan professionalisering van de beroepspraktijk in de zorg- en welzijnssector. Zorg en ondersteuning moeten cliëntgericht zijn, integraal geboden worden en focussen op het versterken van zelfredzaamheid en het sociaal netwerk, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en met minder professionele hulp toe kunnen. In veel gemeenten betekent dit dat gewerkt wordt in sociale teams, maar ook dat gekeken wordt naar (nieuwe) vormen van samenwerking met vrijwilligers en informele hulp of organisaties. De Wmo-werkplaatsen ondersteunen deze beweging door middel van praktijkgericht onderzoek, methodiekontwikkeling, onderwijsontwikkeling en regionale en landelijke kennisverspreiding. Met ingang van 2016 opereren de werkplaatsen onder de naam Werkplaats Sociaal Domein, omdat het werkterrein is verbreed naar het hele sociale domein van maatschappelijke ondersteuning, jeugd en participatie.

Vraag 170
Hoeveel resterende mantelzorgcomplimenten zijn verstrekt in 2015?

Antwoord 170:
Het mantelzorgcompliment is per 1 januari 2015 komen te vervallen. De waardering van mantelzorgers is met de inwerkingtreding van de Wmo 2015 een verantwoordelijkheid van gemeenten geworden. Ter afronding van het mantelzorgcompliment, die in de Regeling Maatschappelijke Ondersteuning conform de oude Wmo gold, heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in 2015 69.364 mantelzorgcomplimenten uitgekeerd. Deze zijn aangevraagd voor een mantelzorgperiode tot en met 31 december 2014. Deze complimenten vielen nog binnen de criteria van de regeling.

Vraag 171
Hoeveel mensen hebben in 2015 gebruik gemaakt van het Valysvervoer, en hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord 171:
Bijgevoegd vindt u een overzicht van het aantal mensen dat sinds 2012 per jaar van Valyskilometers gebruik heeft gemaakt, uitgesplitst naar het aantal gebruikers met een standaard persoonlijk kilometer budget (Pkb) en een hoog Pkb. Het aantal mensen met Valyspas ligt hoger dan het aantal gebruikers, daar er personen zijn die een Valyspas hebben maar hier, in het betreffende jaar, geen gebruik van hebben gemaakt.

	Hoog Pkb gebruikers	Standaard Pkb gebruikers
2012	5.929	165.062
2013	9.532	154.911

	Hoog Pkb gebruikers	Standaard Pkb gebruikers
2014	5.453	160.052
2015	5.591	156.042

Vraag 172
Kunt u een overzicht sturen met de totale uitgaven voor het Valysvervoer van 2010 t/m 2015?

Antwoord 172:
De totale uitgaven voor het Valysvervoer in 2010 t/m 2015 bedragen:

2010 € 59,1 miljoen
2011 € 64,0 miljoen
2012 € 54,1 miljoen
2013 € 55,5 miljoen
2014 € 59,6 miljoen
2015 € 55,6 miljoen

Vraag 173
Hoe verklaart u dat er minder gebruik is gemaakt van het aantal Valyskilometers?

Antwoord 173:
Voor de daling van het gebruik van de regeling in 2015 ten opzichte van 2014 is geen eenduidige verklaring te geven. De vervoerder heeft een aantal reizigers gevraagd naar de reden van hun verminderd gebruik. Oorzaken die genoemd zijn lagen m.n. in de persoonlijke sfeer. Daarnaast is het niet ongebruikelijk dat het gebruik fluctueert. Onder andere omstandigheden zoals het weer (heel warm of heel koud) hebben een invloed op het (verminderd) gebruik.

Vraag 174
Hoeveel klachten heeft Valys in 2015 binnengekregen en hoeveel klachten waren dit de afgelopen 5 jaar? Kunt u deze cijfers van een duiding voorzien?

Antwoord 174:
Bijgevoegde tabel geeft een overzicht van het aantal klachten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal dat in beroep is gegaan.

	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2011	8.774	8.527	0
2012	5.446	3.721	0
2013	5.366	3.874	0
2014	8.864	4.714	9
2015	7.171	4.578	7

Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomst tijd en over de reistijd. Dit geldt voor zowel 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015. Daarnaast gaat in 2014 en 2015 ook een groot aantal klachten over het combineren van ritten.

Het aantal klachten, evenals de inhoud van de klachten is over het algemeen constant. In 2014 is het aantal klachten toegenomen. Het betreffende jaar, 2014, was een transitiejaar waarin van uitvoerder is gewisseld. Ook zijn, in afstemming met uw Kamer en betrokken partijen, in 2014 een aantal spelregels gewijzigd. Daarnaast is het sinds 2014

eenvoudiger om een klacht in te dienen. Tot 2013 was het enkel mogelijk om schriftelijk klachten in te dienen. Dit kan nu ook telefonisch of via de website. In 2015 is het aantal klachten weer licht gedaald.

Vraag 175
Waar is het extra budget van € 77,8 miljoen voor het Centrum Indicatiestelling Zorg precies aan uit gegeven?

Antwoord 175:
De € 77,8 miljoen is geen extra budget voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), maar betreft een technische mutatie. Het zijn middelen die voor 2015 onder het kader «subsidies» verantwoord stonden en per 2015 – doordat het CIZ als zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) fungeert – onder het kader «bijdragen aan ZBO's/RWT's» staan.

Vraag 176
Kan de onderbesteding van het gereserveerde bedrag voor het trekkingsrecht PGB gespecificeerd worden?

Antwoord 176:
De onderbesteding van € 2,5 miljoen is opgetreden op een reservering in verband met kosten gemaakt door de ketenregisseurs pgb en voor kosten uit hoofde van de compensatieregeling pgb. Het overgrote deel (€ 2 miljoen) betreft de onderbesteding van de reservering die voor 2015 was getroffen voor de compensatieregeling pgb.

Vraag 177
Wie zijn de ambassadeurs van de transitie HLZ, en wat bedraagt hun salariëring?

Antwoord 177:
In het jaarverslag is per abuis vermeld dat middelen opgenomen onder de noemer «Transitie HLZ» zijn ingezet voor de aanstelling van ambassadeurs (vliegende brigade). Er is echter geen sprake geweest van een dergelijke vliegende brigade van ambassadeurs. Hier had moeten staan dat elke regio beschikking heeft gekregen over een regiosecretaris, die samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars hebben gestimuleerd en voor aanbieders van zorg een helpdesk is ingevoerd.

Vraag 178
Wat zijn de werkzaamheden van de ambassadeurs werkzaam in de transitie HLZ?

Antwoord 178:
Zie het antwoord op vraag 177.

Vraag 179
Aan welke zaken wordt de € 2.4 miljoen besteed in 2016 dat nu nog niet tot besteding is gekomen?

Antwoord 179:
In 2016 wordt de € 2,4 miljoen onder andere besteed aan de helpdesk transitie HLZ, subsidie aan Ieder(in) en de beleidsevaluatie van de HLZ door het Sociaal Cultureel Planbureau.

Vraag 180
Met hoeveel productcodes werken gemeenten momenteel met betrekking tot de Wmo en jeugdzorg?

Antwoord 180:

Voor 2016 zijn er twee landelijke lijsten van productcodes vastgesteld door de VNG en de branches voor zorgaanbieders. In het kader van de Wmo 2015 wordt er gewerkt met 259 productcodes. Met betrekking tot de Jeugdwet wordt er gewerkt met iets meer dan 400 productcodes.

Vraag 181
Wat hebben deze productcodes gekost en wat heeft de vermindering van het aantal productcodes gekost? Kunt u deze cijfers van een duiding voorzien?

Antwoord 181:
Op landelijk niveau is geen informatie beschikbaar over de kosten die gepaard zijn gegaan met de ontwikkeling, implementatie en vermindering van het aantal productcodes.

Vraag 182
Hoeveel precies hebben de vele productcodes gekost als het gaat om de Wmo? Met welke bureaucratie is dit gepaard gegaan?

Antwoord 182:
Op landelijk niveau is geen informatie beschikbaar over de kosten die gepaard zijn gegaan met de ontwikkeling, implementatie en vermindering van het aantal productcodes en met de bijbehorende bureaucratie.

Vraag 183
Met hoeveel procent is de bureaucratie gestegen sinds de invoering van de Wmo 2015, en hoe verschilt dit precies in vergelijking met de invoering van de Wmo 2007?

Antwoord 183:
Op landelijk niveau is hier geen informatie over beschikbaar.

Vraag 184
Kan geduid worden of en hoe de kosten rondom de trekkingsrechten PGB bij de SVB zullen gaan oplopen?

Antwoord 184:
De begroting van de SVB voor het jaar 2016 bedraagt voor alle uitvoeringskosten pgb-trekkingsrechten in totaal € 71,3 miljoen. In de conceptbegroting van de SVB van 9 mei 2016 voor het jaar 2017 worden de uitvoeringskosten voor het trekkingsrecht door de SVB in 2017 geraamd op € 63,5 miljoen in totaal. Deze conceptbegroting is opgesteld naar de meest recente inzichten en de huidige stand van de besluitvorming omtrent het trekkingsrecht. Voor de afspraken die zijn gemaakt met de gemeenten wordt derhalve verwezen naar de meicirculaire 2016.

Vraag 185
Hoeveel zorgverleners zijn er ontslagen, uitgesplitst in beroepen en in de jaren 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 185:
Zie het antwoord op vraag 190.

Vraag 186
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2014 en 2015 gekort op hun loon?

Antwoord 186:
Er is geen zicht op het aantal huishoudelijke hulpen dat zijn of haar salaris in 2014 en 2015 heeft zien dalen. Meer in het algemeen geldt dat er

wettelijke waarborgen zijn rondom arbeidsvoorwaarden en het behoud daarvan. Ik zal u – zoals toegezegd naar aanleiding van motie met Kamerstuk 23 235, nr. 157 van het lid Voortman d.d. 19 mei 2016 – uw Kamer middels een brief nader informeren over de werking van deze wettelijke waarborgen.

Vraag 187
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn de afgelopen jaren teruggezet van FWG 15 naar FWG 10?

Antwoord 187:
Zie het antwoord op vraag 186.

Vraag 188
Kan er een prognose gegeven worden van de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de langdurige zorg de komende vijf jaar?

Antwoord 188:
Voor een prognose van de ontwikkeling van de werkgelegenheid verwijs ik u naar het rapport «Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van Verpleegkundig, Verzorgend en Sociaal Agogisch Personeel 2015–2019». Dit rapport heb ik uw Kamer reeds doen toekomen (Kamerstuk 34 104, nr. 836) en is als input gebruikt voor het rapport Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang. Dat rapport heb ik, inclusief de kabinetsreactie op beide rapporten, begin dit jaar doen toekomen (Kamerstuk 29 282, nr. 244).

Vraag 189
Wanneer komt het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) naar de Tweede Kamer?

Antwoord 189:
Het eerste wetsvoorstel (aangaande modernisering tuchtrecht, cosmetische sector en laseren toevoegen aan de lijst met voorbehouden handelingen) ligt nu bij de Raad van State en gaat rond de zomer naar de Tweede Kamer.
Over de planning van het tweede wetsvoorstel (aangaande beroepenregulering, o.a. uitbreiden eisen herregistratie en opname van de orthopedagoog-generalist) wordt de Tweede Kamer voor de zomer geïnformeerd.

Vraag 190
Kan het kabinet een overzicht geven van het banenverlies in de langdurige zorg in aantal fte's, hoeveel van deze fte's van werk-naar-werk begeleid zijn, hoeveel er via het UWV aan werk geholpen zijn en hoeveel mensen er nu een uitkering ontvangen via het UWV?

Antwoord 190:
De meest recente inzichten zijn van het CBS. Deze hebben betrekking op de hele sector zorg, welzijn, jeugd en kinderopvang, zijn cijfers in personen (niet in fte) en zijn actueel t/m het eerste kwartaal van 2016. Het CBS schat dat het aantal banen van werknemers vanaf het eerste kwartaal 2013 is gedaald met 75 duizend personen, wat gedeeltelijk gecompenseerd wordt door een stijging van het aantal ZZP-ers. De totale werkgelegenheid is volgens het CBS gedaald met ongeveer 66 duizend personen. Een uitsplitsing naar de langdurige zorg is niet beschikbaar bij het CBS, maar het is aannemelijk dat de daling met name in de langdurige zorg branches heeft plaatsgevonden.

Naast de ontwikkeling van het totaal aantal banen in de langdurige zorg, geeft ook de dynamiek op de arbeidsmarkt een indicatie van de arbeidsmarktgevolgen. Een goede indicator van die dynamiek is de ontwikkeling van het aantal aangevraagde, toegekende en lopende WW-uitkeringen. Deze gegevens worden verzameld in de monitor sectorplannen. Uit de meest recente monitor sectorplannen blijkt dat in de jaren 2013, 2014 en 2015 respectievelijk ongeveer 35 duizend, 41,5 duizend en 44 duizend personen in de langdurige zorg een WW-uitkering hebben aangevraagd. Daarvan zijn er respectievelijk ongeveer 27,5 duizend, 34,5 duizend en 38,5 duizend toegekend. Ten opzichte van het referentiejaar 2012 is dit ongeveer een verdubbeling. Het aantal lopende WW-uitkeringen in de langdurige zorg bedraagt ongeveer 38 duizend personen. In de monitor sectorplannen wordt geen uitsplitsing gemaakt naar beroep.

Over het aantal personen dat door de werkgever van-werk-naar-werk begeleid wordt naar een baan bij een andere werkgever, zijn geen cijfers beschikbaar. Van de personen afkomstig uit de zorg die een WW-uitkering ontvangen van het UWV, is bekend dat ongeveer 61% van de personen binnen een jaar het werk hervat.

Vraag 191
Kan het kabinet duiden hoe de structurele extra middelen voor het creëren van nieuwe functies voor de ondersteuning van mensen thuis ingezet worden?

Antwoord 191:
Gemeenten besluiten over de inzet van middelen voor de uitvoering van de Wmo 2015. De gelden waaraan wordt gerefereerd in de vragen maken onderdeel uit van deze middelen. Het is nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over de inzet en het effect van inzet door gemeenten. Op verschillende plaatsten in het land zijn gemeenten aan de slag met de inrichting van de functie van thuisondersteuning. De Tweede Kamer wordt door mij voor het zomerreces geïnformeerd over de inzet van gemeenten voor een duurzame toekomst voor ondersteuning thuis (motie Keijzer, Kamerstuk 23 235, nr. 155).

Vraag 192
Kan er een prognose gegeven worden van het aantal banen dat met het creëren van de nieuwe functie van de ondersteuning bij mensen thuis ontstaan?

Antwoord 192:
Zie het antwoord op vraag 191.

Vraag 193
Welke concrete doelstellingen worden er per sector in de zorg opgesteld om agressie naar werknemers in de zorg te verminderen?

Antwoord 193:
Werkgevers- en werknemersorganisaties pakken gezamenlijk agressie tegen medewerkers aan met het zorgbrede Actieplan Veilig Werken in de Zorg. Het Actieplan kent verschillende doelen en activiteiten. Ten eerste bescherming en ondersteuning van de medewerker in de praktijk, bijvoorbeeld de campagne Wees duidelijk over agressie en de ondersteuningsregeling. Met de ondersteuningsregeling zijn in totaal ruim 700 instellingen ondersteund in de verbetering van hun anti-agressiebeleid. Tweede doel is aanpak van de veroorzaker van agressie, bijvoorbeeld het doen van aangifte door de werkgever en bijeenkomsten met zorgaanbieders, OM en politie. Tot slot willen sociale partners meer en betere

scholing van aankomende medewerkers op het gebied van agressiepreventie en hantering, bijvoorbeeld door het delen van goed leermateriaal.

Vraag 194
Hoeveel bedragen de bureaucratiekosten in de zorg over 2015?

Antwoord 194:
Dit is niet bekend. Er bestaat geen meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland. Er wordt door het kabinet wel ingezet op het merkbaar verminderen van de regeldruk in de zorg. Dit betekent: van regeldruk naar passende regels. Zo weinig als kan; zoveel als moet. Zie ook het antwoord op vraag 1 over deze aanpak.

Vraag 195
Kan aangegeven worden welke concrete doelstellingen er zijn om de regeldruk in de langdurige zorg te verminderen?

Antwoord 195:
Binnenkort zal ik u, mede ter uitvoering van de motie Van Dijk/Bergkamp (Kamerstuk 34 104, nr. 76) informeren over mijn aanpak van de regeldruk en de daaruit voortvloeiende administratieve belasting op de werkvloer. Die aanpak doe ik samen met aanbieders van langdurige zorg, maar ook met een actieve inzet van toezicht- en uitvoeringsorganisaties. Het gaat daarbij om een beweging van onderop; niet in de Haagse beleidstorens moet bepaald worden wat de knelpunten en de oplossingen daarvoor zijn. Ik wil daarbij uitgaan van de omgekeerde bewijslast, waarbij door de «regelmakers» overtuigend aangetoond moet worden waarom een regel in stand moet blijven en niet geschrapt kan worden. Belangrijkste doelstelling voor mij is dat de zorgverleners op de werkvloer in hun dagelijks werk metterdaad ervaren dat zij minder van hun tijd aan registraties besteden en die «gewonnen tijd» kunnen inzetten voor de cliënten in de langdurige zorg.

Vraag 196
Wat zijn de concrete resultaten van de € 10 miljoen extra voor het verscherpen en bestrijden van fraude in de zorg in 2015? Hoeveel fraude is er extra opgespoord dan wel voorkomen?

Antwoord 196:
In het antwoord op vraag 41 hebben wij een toelichting gegeven op de extra inzet die de NZa, de Inspectie SZW en het OM in het kader van toezicht, opsporing en vervolging kunnen plegen. Het is complex om de concrete resultaten van de toezicht- en handhavingsactiviteiten op jaarbasis exact te kwantificeren. Ten eerste omdat de aanpak breder is dan de concrete toezichtonderzoeken en de (bestuurs- en strafrechtelijke) handhavingsacties. Ten tweede gaat het zowel bij het toezicht als bij de strafrechtelijke aanpak om langer lopende (vaak meerjarige) trajecten. De resultaten van de inspanningen worden dus pas op langere termijn zichtbaar. Daarnaast er zijn ook effecten op het nalevingsgedrag in de sector. Bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders kennis opdoen over (de toepassing van) de declaratieregels, hun administratie beter op orde krijgen, zich meer bewust worden van het belang van correct declareren en van de consequenties van overtredingen, en de gepercipieerde (en reële) pakkans toeneemt. Verzekeraars gaan ook beter controleren en betere afspraken maken over controles door aanbieders zelf. Zulke preventieve effecten dragen eveneens bij aan het terugdringen van fouten en fraude. De impact hiervan is echter niet in cijfers uit te drukken.

Vraag 197
Hoeveel fraude in de zorg is in 2015 opgespoord?

Antwoord 197:
Zorgverzekeraars Nederland publiceert jaarlijks de cijfers van zorgverzekeraars over de resultaten naar aanleiding van de formele en materiële controles en fraudeonderzoeken. Die cijfers gaan onder andere over de omvang van door verzekeraars vastgestelde fraude in het voorafgaande jaar. Het antwoord op vraag 40 geeft inzicht in de omvang van de door verzekeraars vastgestelde onregelmatigheden en fraude in de periode 2010–2014. Zoals wij in genoemd antwoord hebben aangegeven, zijn de cijfers over 2015 nog niet beschikbaar.

Over het aantal signalen dat in het CSO Zorg is geaccepteerd voor strafrechtelijk onderzoek heeft de Minister uw Kamer recentelijk geïnformeerd via de verzamelbrief van januari (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 153). In deze brief zijn de volgende aantallen genoemd:

«In 2015 zijn er 22 signalen voorgelegd in het CSO Zorg, waarvan 17 door het OM/FP zijn geaccepteerd voor een strafrechtelijk onderzoek. Van de overige 5 signalen worden er 4 bestuursrechtelijk afgehandeld door de NZa en is er 1 aangehouden in afwachting van meer informatie. De fraudesignalen hebben met name betrekking op de AWBZ (vooral fraude met pgb's) en declaratiefraude. Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen nadere informatie over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.»

Hierbij is van belang om te vermelden dat de in het CSO Zorg geaccepteerde zaken doorgaans complexe en omvangrijke onderzoeken zijn.

Vraag 198
Waarom zijn er minder projectsubsidies verstrekt dan beschikbaar waren gesteld voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties?

Antwoord 198:
Er zijn minder projectsubsidies verstrekt dan beschikbaar gesteld aan patiënten- en gehandicaptenorganisaties omdat de oorspronkelijke raming gebaseerd was op een hoger aantal organisaties dat in aanmerking zou komen voor een voucher. Daarnaast heeft een aantal organisaties ook geen gebruik gemaakt van de vouchers.

Vraag 199
Wat is de oorzaak van de lage(re) instroom in publieke gezondheidszorgopleidingen, waaronder de opleiding tot jeugdarts?

Antwoord 199:
In opdracht van VWS heeft het NIVEL in 2014 onderzoek uitgevoerd. Daarbij zijn op 3 fronten belemmerende factoren geconstateerd:
- Financieel: de financiering van de opleidingskosten zou niet voor alle opleidingen kostendekkend zijn.
- Organisatorisch: opleidende zorginstellingen (GGD'en en thuiszorginstellingen) kunnen personeel onvoldoende vrij roosteren om de opleidingen te volgen en praktijkbegeleiding te geven. Zij moeten de artsen in opleiding (hun werknemers) gedurende de opleiding tijdelijk detacheren naar andere zorginstellingen om conform de opleidingsvereisten voldoende breed te worden opgeleid.
- Coördinatie: tussen GGD'en onderling en GGD'en en thuiszorginstellingen kan de afstemming en de gezamenlijke regie op personeels- en opleidingsbeleid worden verbeterd. Elke instelling leidt vooral op voor de continuïteit van de eigen bedrijfsvoering.

Op verzoek van VWS hebben GGD GHOR, ActiZ en de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid een regievoorstel gemaakt. De Minister van VWS zal het voorstel van de veldpartijen voor het bevorderen van de

instroom in de publieke gezondheidszorg opleidingen voor de zomer aan de Tweede Kamer toezenden, voorzien van een standpunt.

Vraag 200
Hoe groot is het tekort aan stageplaatsen voor studenten Physician Assistent (PA) en Verpleegkundig Specialist (VS)? Wat betekent dit voor het succesvol kunnen afronden van de studie tot deze beroepen? Op welke wijze zullen de NVZ en NFU ziekenhuizen gaan stimuleren om voldoende stageplaatsen aan te bieden aan deze studenten?

Antwoord 200:
Voor de opleiding tot PA en VS zijn er jaarlijks 700 opleidingsplaatsen beschikbaar. Tot en met het studiejaar 2012–2013 zijn de beschikbare opleidingsplaatsen nagenoeg voor 100% benut. Vanaf het studiejaar 2013–2014 zijn niet alle plaatsen ingevuld. In het studiejaar 2016–2017 zullen naar verwachting 560 opleidingsplaatsen worden benut (bron: navraag bij landelijke opleidingscoördinatoren PA en VS). Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke stijging van het benutten van opleidingsplaatsen voor de PA en VS, en ook van het aantal stageplaatsen die voor deze studenten beschikbaar worden gesteld. Met name bij de VS is er sprake van een aanzienlijke groei.

De NVZ en NFU werken met VWS en andere betrokken partijen actief mee om de belemmeringen voor taakherschikking en het opleiden tot PA en VS weg te nemen. Zo stimuleren zij dat ziekenhuizen meewerken aan het onderzoek Kostprijzen en taakherschikking, dat thans door Radboud UMC wordt uitgevoerd. Tevens werken zij actief mee aan een communicatietraject, dat tot doel heeft ziekenhuizen ertoe te bewegen de mogelijkheden van taakherschikking, in het bijzonder het opleiden en inzetten van de PA en VS, meer te gaan benutten.

Vraag 201
Op welke wijze gaan NVZ en NFU stimuleren dat er meer vervulde opleidingsplaatsen voor PA en VS komen en dat er ook voldoende stageplaatsen beschikbaar zijn? In hoeverre is daar de integrale bekostiging nog een belemmering bij?

Antwoord 201:
Zie ook het antwoord op vraag 200.
Een belangrijke oorzaak van het tekort aan stageplaatsen was het feit dat ziekenhuizen de laatste jaren terughoudend waren in het beschikbaar stellen van stageplaatsen. Een belangrijke reden hiervoor was onzekerheid over de consequenties van de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg. Inmiddels blijkt uit cijfers van de betreffende hogescholen dat er sprake is van een significante stijging van het aantal beschikbare stageplaatsen. De laatste twee studiejaren is er een stijging van elk 50 plaatsen. Voor studiejaar 2016–2017 wordt er een stijging in vergelijking met studiejaar 2015–2016 verwacht van ongeveer 80 plaatsen.

Vraag 202
Aan hoeveel en welke patiënten- en gehandicaptenorganisaties is in 2015 een instellingssubsidie verstrekt, en hoe hoog was die subsidie?

Antwoord 202:

In 2015 is er aan 187 patiënten- en gehandicaptenorganisaties subsidie verleend. In de bijlage (jaar 2015) staan de organisaties en het bedrag dat aan instellingssubsidie is verleend[8].

Vraag 203
Hoeveel en aan welke patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn er in 2015? Welke zijn er bijgekomen ten opzichte van 2014 en welke zijn er verdwenen?

Antwoord 203:
Zie voor het antwoord op de eerste vraag het antwoord op vraag 202. Ten opzichte van 2014 is hier bijgekomen de Syringomyelie Patiënten Vereniging en verdwenen de Nederlandse Meningitis Stichting. Daarnaast is een aantal patiëntenorganisaties gefuseerd. De Afasie Vereniging Nederland, Nederlandse CVA Vereniging en Vereniging Cerebraal heten nu Hersenletsel.nl. De Landelijke Patiëntenvereniging Impuls en de Nederlandse Vereniging voor Dyslexie «Woortblind» heten nu Impuls & Woordtblind. De Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) en Slecht Horende Jongerenorganisatie (SH-Jong) en Foss heten nu Stichting Hoormij.

Vraag 204
Waarom was de opleiding tot ziekenhuisarts niet opgenomen in de begroting 2015?

Antwoord 204:
Sinds 2012 worden opleidingsplaatsen tot ziekenhuisarts in verschillende opleidingsziekenhuizen bekostigd middels een subsidie vanuit VWS. Dit pilottraject bestaat uit een aantal opleidingstrajecten (looptijd 2012–2015 & looptijd 2015–2018 & looptijd 2018–2021).

Het tweede opleidingstraject, dat loopt van 2015 t/m 2018, staat niet opgenomen in de begroting voor 2015. De reden hiervoor is dat de keuze voor het financieren van het traject is gemaakt na het opstellen van de begroting voor 2015.

Vraag 205
Wat is de oorzaak van de lagere uitgaven voor het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding en het programmaplan Rechtmatige Zorg? Zijn deze lagere uitgaven niet in strijd met de doelstelling van het kabinet om fouten en fraude in de zorg te intensiveren?

Antwoord 205:
De neerwaartse bijstelling bij het voorkomen van oneigenlijk gebruik en de aanpak van fraude heeft verschillende oorzaken. De lagere realisatie bij de opdrachten dan oorspronkelijk begroot hangt grotendeels samen met middelen die voor de uitvoering van het beleid bij eerste en tweede suppletoire wet zijn overgeboekt naar andere begrotingsartikelen en andere begrotingshoofdstukken. Zo hebben er onder andere voor de intensivering van de strafrechtelijke handhaving overboekingen plaatsgevonden naar het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Veiligheid en Justitie (VenJ). Dat geldt ook voor middelen ten behoeve van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZb). Hierdoor is een neerwaartse bijstelling zichtbaar.

De financiële inzet voor het EZb is daarnaast ook lager dan oorspronkelijk begroot, omdat een aantal partijen betrokken bij EZb heeft afgezien van een vergoeding voor de inzet van hun medewerkers en hen om niet ter

---

[8] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

beschikking heeft gesteld. Ten aanzien van het programmaplan Rechtmatige Zorg is er ook sprake geweest van een intertemporele compensatie naar 2017, omdat uitgaven in een later jaar voorzien waren. De middelen blijven beschikbaar voor de aanpak van fouten en fraude. Daarnaast heeft het programmaplan Rechtmatige Zorg een dynamisch karakter wat inhoudt dat er een wisselend aantal activiteiten in is opgenomen, opgestart en ook weer afgesloten. Er zijn activiteiten die primair door andere organisaties worden uitgevoerd of waar geen financiële middelen van VWS noodzakelijk zijn. Een lagere uitgave betekent derhalve niet dat er minder aandacht vanuit het kabinet is voor de preventie en aanpak van fouten en fraude in de zorg.

Vraag 206
Welke reden ligt ten grondslag aan het extra beschikbaar stellen van € 17 miljoen voor de uitvoeringskosten van de regelingen bijzondere groepen bij het Zorginstituut Nederland?

Antwoord 206:
Dit betreft niet het extra beschikbaar stellen van geld, maar een technische boeking tussen artikel 2 en artikel 4 van de VWS-begroting, omdat de aan Zorginstituut Nederland te vergoeden uitvoeringskosten in het kader van de aanpak van de regeling bijzondere groepen (waaronder onder andere wanbetalers en onverzekerden) vanaf begrotingsartikel 4 worden betaald.

Vraag 207
Waarom is uiteindelijk aan onderzoek circa € 4 miljoen niet uitgegeven? Welke onderzoeken zijn hierdoor niet uitgevoerd?

Antwoord 207:
Uit de 8ste maandsvoortgangsrapportage 2015 van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) bleek dat de onderzoeksbegrotingen voor pakket en het project Zinnig en zuinig (systematische doorlichting pakket) € 0,3 miljoen respectievelijk € 3,7 miljoen (totaal € 4,0 miljoen) lager zou uitvallen.

Naar aanleiding van de leerervaringen van de eerste paar jaar, heeft het Zorginstituut de aanpak van het Programma Zinnige Zorg aangepast. Voor een verdere uitwerking en draagvlak voor de onderzoeksvragen betrekt het Zorginstituut het veld intensiever en vraagt hen om een actieve bijdrage te leveren; dit levert een hogere kwaliteit van de onderzoeksvragen, maar vertraagt het proces. Bovendien is het Zorginstituut gezien de financiële omvang verplicht de EU-aanbestedingsregels te doorlopen wat meer tijd vergt. In de oorspronkelijke begroting werd hier onvoldoende rekening mee gehouden.

Vraag 208
Waarom geeft het kabinet wel aan dat ten aanzien van het oplossen van rechtmatigheid- en privacy problematiek waar gemeenten, jeugdhulpaanbieders en accountants tegenaan lopen de structurele oplossing ligt in het door gemeenten ontwikkelen van meer integrale bekostigingsmodellen met prestatieafspraken, terwijl dit niet wordt aangegeven bij het oplossen van het knelpunt van de administratieve lasten? Kan het kabinet voorbeelden van gemeenten en of samenwerkingsverbanden geven waar deze zaken al op orde zijn?

Antwoord 208:
Gemeenten hebben de vrijheid jeugdhulp op maat te organiseren en in te kopen. De VNG heeft in overleg met de zorgaanbieders drie bekostigingsmodellen uitgewerkt en verspreid, waarbij stap voor stap wordt uitgelegd

wat moet worden geregeld om rechtmatigheidproblematiek te voorkomen en wat de voor- en nadelen zijn. Administratieve lasten is daar één van (SCP Rapport, Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper in het sociaal domein, 12 november 2015, p. 26 en p. 37). In het model taakgerichte financiering staat dat deze vorm van bekostiging gepaard gaat met weinig administratieve lasten. Gemeenten doen thans hun eerste ervaringen op met deze vormen van financiering. Gemeenten die nu al werken met taakgerichte financiering voor de Wmo 2015 zijn bijvoorbeeld Alphen aan den Rijn en Kaag en Braasem. In 2017 zijn deze gemeenten voornemens dit ook te gaan doen voor de jeugdhulp.

Vraag 209
Heeft inkoop op basis van p*q naast hoge administratieve lasten niet ook tot gevolg dat de gewenste vernieuwingsslag onvoldoende gemaakt wordt?

Antwoord 209:
Voor het tot stand brengen van meer integrale jeugdhulp op maat lijkt taakgerichte bekostiging vernieuwing het best te realiseren, omdat dit de professionals de meeste vrijheid geeft te doen wat nodig is in het belang van het kind. Hiervoor is vertrouwen nodig in die professionals, die dat vertrouwen ook moeten verdienen (CPB rapport, Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper in het sociaal domein, 12 december 2015, p. 26 en p. 37).

Vernieuwing kan ook plaatsvinden bij P*Q financiering, als de «Q» maar abstract genoeg is gedefinieerd om verschillende hulpvormen voor maatwerk te omvatten. Jeugdzorg Nederland heeft in reactie op de 100.000 vigerende productcodes zelf een voorstel gedaan voor totaal 39 productcodes. Een voorbeeld is: ambulante jeugdhulp in jeugd/wijkteam. Daarbij worden drie vormen onderscheiden: individueel jeugdige of gezin of groep. Deze codes zijn abstract genoeg om innovatieve methodieken te incorporeren.

Vraag 210
Kunt u aangeven of, en zo ja welke inkoopmethode van gemeenten tot de minste administratieve lasten voor jeugdhulpaanbieders, gemeenten en ouders en kinderen leidt? Is het standaardiseren om te komen tot gemeenschappelijke productcodes niet een tweede beste optie om verlaging van administratieve lasten te realiseren?

Antwoord 210:
Ieder inkoopmodel heeft voor- en nadelen. Voor de gemeentelijke inkoopmodellen in het sociaal domein zijn deze recent op een rij gezet door het CPB in het rapport van 10 december 2015, Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein, p. 26 en p. 37. Ook in de beschrijving van drie standaard inkoopmethodieken van de VNG worden voor- en nadelen beschreven. Bij modellen met lumpsum financiering zijn de administratieve lasten beperkt, omdat niet per product behoeft te worden afgerekend.

Wat het standaardiseren van jeugdhulpcodes betreft, de Jeugdwet verwacht van gemeenten en aanbieders dat er een integraal aanbod rond de hulpvraag van het kind wordt gerealiseerd. Maatwerk verdraagt zich slecht met standaardiseren. Als er productcodes worden gestandaardiseerd is het de vraag of deze precies genoeg zijn voor de financier om ermee te sturen en abstract genoeg zijn om maatwerk te faciliteren. Een vervolgvraag hierbij is het niveau waarop zou kunnen worden gestandaardiseerd. Heeft Meppel gegeven de jeugdhulpvraag in deze stad de behoefte aan dezelfde productcodes als Rotterdam? De VNG is in dit kader

bezig de lijst van productcodes, thans ruim 400, te herzien en te vereenvoudigen.

Vraag 211
Hoeveel jeugdhulpbudget is opgegaan aan administratieve lasten?

Antwoord 211:
Dit is niet bekend. Er zijn diverse veroorzakers van administratieve lasten en regeldruk. Alle betrokken partijen vinden dat dit merkbaar moet verminderen. Gezamenlijk werken partijen daaraan, vooral via het programma i-Sociaal Domein. Binnenkort ontvangt de Kamer een brief waarin de plannen staan voor de aanpak van (ervaren) regeldruk, niet alleen in het kader van de jeugdhulp maar ook in het kader van de Wmo en de Wet langdurige zorg.

Vraag 212
Hoeveel en welke gemeenten lopen op dit moment aan tegen het rechtmatigheidsprobleem met betrekking tot betalingen in de jeugdzorg

Antwoord 212:
Het is niet bekend hoeveel gemeenten momenteel rechtmatigheidsproblemen ondervinden over uitgaven aan jeugdhulp. Wel is duidelijk dat het vooral gaat om gemeenten die contracten hebben met veel (grote) aanbieders en een gedetailleerde verantwoording verlangen. Uit de praktijk blijkt dat meer generieke verantwoordingsvormen bij zowel gemeenten als aanbieders tot minder problemen leiden.

Vraag 213
Hoeveel gemeenten hebben een beroep gedaan op de subsidies in het kader van de Transitie jeugd?

Antwoord 213:
De Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet zijn niet gericht op subsidies aan gemeenten. De Transitie Autoriteit Jeugd kan wel een bemiddelende rol spelen indien er zich problemen voordoen tussen gemeenten en jeugdhulpaanbieders bij de inkoop van jeugdhulp.

Vraag 214
Hoeveel organisaties zijn geholpen met de subsidies in het kader van de Transitie jeugd?

Antwoord 214:
Tot 1 juni 2016 is er aan 11 organisaties jeugdhulp subsidie verstrekt op grond van de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet.

Vraag 215
Kunt u een toelichting geven op de subsidiepost «schippersinternaten»? Hoe ver reiken de wettelijke verplichtingen van het kabinet op dit terrein, en hoe worden deze gelden gespendeerd? Hoe hebben deze uitgaven zich de afgelopen jaren ontwikkeld, en wat zijn de prognoses?

Antwoord 215:
De wettelijke verplichtingen voor de subsidiepost «schippersinternaten» komen voort uit de Subsidieregeling opvang kinderen van ouders met trekkend/varend bestaan.

De subsidie is bestemd voor kinderen die conform de leerplicht en kwalificatieplicht daadwerkelijk onderwijs volgen, maar waarvan de

ouders – hoewel woonachtig in Nederland – door hun beroep niet voortdurend kunnen voorzien in de huisvesting, verzorging en opvoeding vanwege het verrichten van werkzaamheden waarvoor zij binnenlands belastingplichtig zijn.

De subsidie wordt besteed aan het huisvesten, verzorgen en opvoeden van kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten en pleeggezinnen. In 2016 worden 719 kinderen opgevangen in internaten en 10 kinderen in gastgezinnen. De kinderen volgen regulier onderwijs. De subsidie is alleen bedoeld voor kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten.

De subsidies hebben zich de afgelopen jaren als volgt ontwikkeld (bedragen x € 1 miljoen):

2011	2012	2013	2014	2015
22,0	21,8	21,4	20,9	20,1

De sector heeft te maken met een gestaag dalend kindertal. De prognose is dat deze daling zich de aankomende jaren zal voortzetten. De subsidieregeling wordt momenteel geëvalueerd.

Vraag 216
Hoeveel subsidiegeld hebben respectievelijk de Nationale Jeugd Raad (NJR), LOC Zeggenschap in Zorg, de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen (NVP), het Kinderrechtencollectief (KRC), Unicef en Defence for Children in 2015 ontvangen? Welke activiteiten zijn daarmee ontplooid?

Antwoord 215:

Stichting Nederlands Comité UNICEF	Project Kinderrechten in de klas 2015 / 2016	€ 43.821
Stichting Defence for Children international	instellingssubsidie 2015	€ 196.025
Stichting LOC	Instellingssubsidie 2015	€ 384.084
Nederlandse Vereniging voor pleeggezinnen	Instellingssubsidie 2015	€ 149.078
Nationale Jeugdraad	Instellingssubsidie 2015	€ 688.370
Nederlandse Vereniging voor pleeggezinnen	Netwerkvorming pleegouders 2015–2016	€ 159.600

LOC, NVP, NJR en DCI (namens het Kinderrechtencollectief) ontvangen jaarlijks een instellingssubsidie. De instellingssubsidie aan deze organisaties is bedoeld voor de individuele en collectieve ondersteuning van hun doelgroep en voor activiteiten in de sfeer van voorlichting en informatie.

Daarnaast heeft NVP een projectsubsidie ontvangen voor het project Netwerkvorming pleegouders voor 2015 en 2016. Doel van het project is om netwerken van pleegouders te vormen en te verstevigen waardoor pleegouders zich beter ondersteund voelen en er niet alleen voor hoeven staan. Unicef heeft een projectsubsidie ontvangen voor het project Kinderrechten in de klas voor 2015 en 2016. Stg. Defence for Children International Nederland (DCI Nederland) krijgt subsidie ten behoeve van het Kinderrechtencollectief (KRC). Het Kinderrechtencollectief is een coalitie van organisaties die actief zijn op het gebied van kinderen en kinderrechten. Met deze subsidie ontwikkelt het KRC materiaal om

voorlichting te geven aan kinderen, jongeren en volwassenen, ondermeer via de website www.kinderrechten.nl. Ook ontwikkelt het KRC voorlichtingsmateriaal, tools, publicaties en werkplannen rondom thema's zoals het belang van het kind, kindermishandeling en de stelselherziening jeugdhulp.

Vraag 217
Kan het kabinet de uitkomsten van de evaluaties van de Nationale Jeugdraad (NJR) en het Kinderrechtencollectief (KRC) naar de Tweede Kamer sturen met een kabinetsreactie?

Antwoord 217:
De Rijksuniversiteit Groningen (RUG) heeft op mijn verzoek een toetsing uitgevoerd van de zelfevaluaties die door de Nationale Jeugdraad (NJR) en door het Kinderrechtencollectief (KRC) zijn uitgevoerd in het kader van de Beleidsdoorlichting VWS. Het verslag van deze toetsing is te vinden op de website rijksoverheid.nl (https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/31/kinderrechten-en-jeugdparticipatie-twee-pijlers-van-jeugdbeleid).

De toetsing door de RUG bevestigt het beeld uit de beleidsdoorlichting. Mede op basis van de bevindingen ben ik met beide organisaties, NJR en KRC, in gesprek over de inzet van de subsidie aan beide betrokken organisaties en de wijze waarop deze bijdraagt aan de beleidsdoelstellingen van VWS, mede in het licht van de decentralisatie. Dit moet leiden tot vernieuwde subsidie-afspraken voor 2017 en verder. De resultaten van de gesprekken met beide betrokken organisaties voor 2017 en verder zullen aan de Kamer worden gemeld.

Vraag 218
Hoe kan het overschot van € 1.164 miljoen op de subsidies kindermishandeling worden verklaard? Welke projecten zijn niet (geheel) uitgevoerd? Hoe verhoudt zich dit tot de opgave die er ligt om de aanpak van kindermishandeling fundamenteel te verbeteren in Nederland? Blijven deze middelen beschikbaar in 2016?

Antwoord 218:
De projecten die in de begroting waren voorzien in het kader van de aanpak van kindermishandeling, zijn nagenoeg allemaal uitgevoerd. Een project in het kader van de campagne is vertraagd. Het overschot wordt verklaard doordat een substantieel deel van de uitgaven via andere begrotingsartikelen loopt. Bijvoorbeeld de uitgaven voor de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik en de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen, worden door het Ministerie van Veiligheid en Justitie betaald. De bijdrage van VWS wordt overgeboekt naar het Ministerie van Veiligheid en Justitie en wordt niet in de realisatiecijfers van artikel 5 opgenomen.

Vraag 219
Waarom worden er in 2016 minder hulpvragen verwacht bij de jeugdhulpinstellingen?
Volgens Korrelatie is het aantal hulpvragen huiselijk geweld de eerste vier maanden van 2016 gestegen met 41%. Zijn er kinderen die tussen wal en schip gaan vallen met deze verwachting?

Antwoord 219:
De verwachting dat de zorgvraag vermindert houdt verband met de werking van het nieuwe stelsel, meer preventief ingrijpen en daardoor een lager beroep op zwaardere vormen van jeugdhulp en de daling van het aantal jeugdigen. Kindermishandeling en huiselijk geweld staan beide in

de aandacht en het aantal meldingen is de afgelopen jaren toegenomen. Het overheidsbeleid is er op gericht dat professionals en burgers mishandeling en geweld in de huiselijke kring zo snel mogelijk signaleren zodat de veiligheid gewaarborgd kan worden en hulp ingezet wordt. Ook op andere manieren is alles er op gericht om bij huiselijk geweld integraal te kijken naar de betrokken volwassenen en kinderen. Na melding van huiselijk geweld of kindermishandeling, zijn er verschillende opties mogelijk, waaronder het bieden van jeugdhulp.
Ten aanzien van de kwantiteit aan jeugdhulp heeft de Kinderombudsman in zijn rapport «De zorg waar het kind recht op heeft» van oktober 2015 geconcludeerd dat in het transitiejaar geen kinderen tussen wal en schip zijn gevallen. Het SCP geeft in de «overall rapportage sociaal domein 2015» aan dat de jeugdhulpproductie zich verhoudt met die van voorgaande jaren.

Vraag 220
In 2015 is veel minder dan verwacht aanspraak gemaakt op de subsidieregeling bijzondere transitiekosten. De verwachting wordt uitgesproken dat instellingen in 2016 in hogere mate aanspraak moeten maken op deze post. Wordt het volledige resterende bedrag van € 77,3 miljoen beschikbaar gesteld voor de volgende jaren? kan deze verwachting ook worden omgezet in een indicatieve raming voor de komende jaren?

Antwoord 220:
Voor de subsidieregeling bijzondere transitiekosten is een totaal budget geraamd voor de jaren van 2015 tot en met 2017 van € 200 miljoen. Deze € 200 miljoen is het subsidieplafond zoals dat in de Staatscourant is gepubliceerd. Hoeveel hiervan uiteindelijk beschikbaar wordt gesteld is niet goed te voorspellen. Er wordt thans vanuit gegaan dat het totale budget benodigd zal zijn.

Vraag 221
Op hoeveel aanvragen van gemeenten wordt de Transitie jeugd subsidie berekend?

Antwoord 221:
De Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet zijn niet gericht op subsidies aan gemeenten. De Transitie Autoriteit Jeugd kan wel een bemiddelende rol spelen indien er zich problemen voordoen tussen gemeenten en jeugdhulpaanbieders bij de inkoop van jeugdhulp.

Vraag 222
Van hoeveel organisaties wordt verwacht dat zij aanspraak zullen maken op de Transitie jeugd subsidie?

Antwoord 222:
In totaal hebben tot nu toe 24 organisaties aanvragen ingediend op basis van de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet. De verwachting is dat hier nog circa 15 à 25 organisaties bij zullen komen.

Vraag 223
Kunt u toelichten of het structurele aanbod voor de doelgroep ook geleid heeft tot een structurele vraag naar sport en bewegen? Kunt u dit verklaren?

Antwoord 223:
In de aanvraag en toekenning van Sportimpulsprojecten is het aantonen van een lokale behoefte aan sport en bewegen bij de doelgroep noodza-

kelijk. Bij de rapportage vraagt ZonMw naar de mate waarin er sprake is van blijvende sport- en beweegparticipatie en – dus ook van een blijvende vraag – van degenen die in het project deelnamen. ZonMw zal nu ook één jaar na afloop van de 2-jarige projectperiode navraag doen naar het sport- en beweeggedrag van de deelnemers en de borging van het aanbod. Deze informatie komt beschikbaar in de managementrapportages van ZonMw en ook de SBB monitor die jaarlijks wordt uitgevoerd door Mulier instituut. Ook in de beleidsdoorlichting Sport wordt aandacht besteed aan de borging van de Sportimpulsprojecten.

In de volgende rapportages zal ZonMw wel ook één jaar na afloop van de 2-jarige projectperiode navraag doen naar het sport- en beweeggedrag van de deelnemers en de borging van het aanbod.

Vraag 224
Is het nieuwe beleidskader voor de gehandicaptensport een succes?

Antwoord 224:
Het programma Grenzeloos Actief is gestart in april 2015. Inmiddels loopt het programma 1 jaar. Gedurende deze periode hebben de samenwerkende partijen (NOC*NSF, Vereniging Sport en Gemeenten, MEE NL, Sportkracht 12 en het Kenniscentrum Sport) gewerkt aan het opbouwen van de kennis, de onderlinge verhoudingen tussen de samenwerkende organisaties en gezorgd voor bekendheid van het programma. In 2016 zullen de eerste gemeenten en sportaanbieders starten met de invulling van het stimuleringsbudget om te komen tot regionale samenwerking en zo een goede match te kunnen maken tussen vraag en aanbod.
Het programma loopt tot en met 31 december 2018, op dat moment kunnen we zeggen of het een succes is geweest. Tot nu toe loopt het programma goed.

Vraag 225
Wat is de stand van zaken van het nieuwe beleidskader gehandicaptensport?

Antwoord 225:
Het programma Grenzeloos actief is in april 2015 gestart. De vier uitvoerende organisaties hebben het afgelopen jaar hard gewerkt aan het opstarten van dit programma en het verzamelen van de benodigde kennis hiervoor met als doel het verbeteren van de match tussen vraag en sportief aanbod voor mensen met een beperking. Het programma loopt tot en met december 2018.

Het stimuleren van regionale samenwerking is een belangrijke pijler binnen het programma Grenzeloos actief omdat sport en bewegen voor mensen met een beperking veelal deelnemers trekt over grenzen van buurten en gemeenten heen. Op basis van een inventarisatie is bepaald hoe ver de Wmo-regio's zijn als het gaat om samenwerking op het gebied van Gehandicaptensport. Er zijn inmiddels vier voorlichtingsbijeenkomsten voor gemeenten uit 16 Wmo-regio's georganiseerd, verspreid over Nederland. De bijeenkomsten zijn bezocht door ongeveer 50 gemeenten. Deze gemeenten starten dit jaar met het actieplan om tot samenwerking binnen de regio's te komen. Ook het stimuleringsbudget voor sportaanbieders is gestart.

Om de kennis op het gebied van Gehandicaptensport te verrijken heeft het Kenniscentrum Sport een kennisdossier opgebouwd. Deze is te vinden op de website allesoversport.nl. Er is een stappenplan ontwikkeld om tot regionale samenwerking te komen en er zijn verschillende onderzoeken

uitgevoerd door onder andere RIVM en het Nivel («Wat beweegt mensen met een chronische aandoening», kennissynthese).

Binnen het programma Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) wordt gebruik gemaakt van de bestaande activiteiten zoals het onderwerp Gehandicaptensport agenderen op de lerende netwerken voor buurtsportcoaches. MEE NL was als een van de uitvoeringspartners verantwoordelijk om tijdens de lerende netwerken in te gaan op Sport- en beweegvragen van kwetsbare doelgroepen/mensen met een beperking in het sociale wijkteam en de rol van MEE. Daarnaast is op de SBB-Kennisdag (december 2015) de workshop Inspire & Be inspired gegeven: wat werkt om mensen met een beperking in beweging te krijgen.

In het kader van het programma Grenzeloos actief is de samenwerking van de programmapartners met het Fonds gehandicaptensport geïntensiveerd. Het Fonds heeft middelen beschikbaar gesteld voor regio's voor gebruik van app en website Uniek Sporten. Daarnaast zet het Fonds zich in voor het lokaal op maat realiseren van passend sportaanbod voor mensen met een beperking.

Vraag 226
Kunt u toelichten wat de effecten zijn van de voorstellen die moeten leiden tot het beter waarborgen van de integriteit in de sport?

Antwoord 226:
Het vertrouwen in de sport staat onder druk. Om de integriteit van de sport te versterken, zijn al verschillende maatregelen getroffen. Zo is er, naast het bestaande beleid, een Vertrouwensloket in de Sport opgezet, is voorlichting ontwikkeld ter preventie van matchfixing en wordt een dopingvrije cultuur in de sport bevorderd door het project «Samen voor een schone sport». Ook tijdens het EU-voorzitterschap is volop ingezet op het versterken van de integriteit door het aannemen van raadsconclusies over het verbeteren van transparantie en goed bestuur bij grote sportevenementen en wordt met de sportwereld een dialoog hierover gestart. In het najaar wordt nader verkend hoe de integriteit van de sport nog verder kan worden verbeterd.

Vraag 227
Wat zijn precies de economisch effecten en maatschappelijke effecten geweest, in 2015, van het topsport evenementenbeleid?

Antwoord 227:
De evenementen die ik vanuit het topsport evenementenbeleid in 2015 heb gefinancierd zijn vermeld in het antwoord op vraag 233. De economische en maatschappelijke effecten kunnen per evenement worden bepaald aan de hand van de uitkomsten van de monitoring en evaluatie van het betreffende evenement. De evenementen worden geëvalueerd op organisatorische, economische en maatschappelijke aspecten.

In januari zijn bijvoorbeeld de eindrapportage en het evaluatierapport van de Grand Depart Utrecht 2015 beschikbaar gekomen. De economische impact bedraagt € 25 miljoen. De maatschappelijk impact is dat er circa 138.000 mensen aan diverse activiteiten hebben deelgenomen (doelstelling was 50.000), en dat er 570.000 bezoekers zijn geweest (doelstelling vooraf 250.000). daarnaast zijn 7.500 vrijwilligers actief geweest in de organisatie en uitvoering van het activatieprogramma.

Vraag 228
Wat is de toekomst van het Veilig Sport Klimaat (VSK) beleid?

Antwoord 228:
In de brief van 17 november 2015 (Kamerstuk 30 234, nr. 141) heb ik u geïnformeerd dat ik het actieplan Naar een Veiliger Sportklimaat met twee jaar voorzet (2017–2018). Voor het komende Algemeen Overleg Sport zal ik u hier nader over informeren. Zie ook vraag 229.

Vraag 229
Wat is de stand van zaken van het actieplan «Naar een Veiliger Sportklimaat? Zijn excessen verminderd of niet?

Antwoord 229:
De laatste monitoringsrapportage waarin de stand van zaken van het actieplan Naar een Veiliger Sportklimaat wordt weergegeven heb ik u in november vorig jaar toegezonden (Kamerstuk 3234, nr. 141). Circa 6.000 verenigingen hebben inmiddels actief deelgenomen aan het actieplan en ongeveer 16.000 scheidsrechters hebben de weerbaarheidtraining gevolgd. De cijfers van de KNVB over het aantal excessen in het voetbal laten zien dat het aantal gerapporteerde excessen de afgelopen jaren is gedaald. Waren er in seizoen 2012/2013 nog 414 excessen, in 2013/2014 waren dit 363 en in 2014/2015 is dit gedaald naar 319 excessen. De cijfers van het lopende seizoen worden in augustus bekend gemaakt. Dit neemt niet weg dat elk exces er een te veel is. Daarom blijf ik ook onverminderd inzetten op een veiliger sportklimaat.

Vraag 230
Wanneer wordt de Dopingwet naar de Kamer gestuurd?

Antwoord 230:
De Raad van State heeft op 27 mei 2016 advies uitgebracht over het voorstel van wet uitvoering antidopingbeleid (Wuab). Het advies vergt hernieuwd interdepartementaal overleg. Het streven is erop gericht het wetsvoorstel zo spoedig mogelijk aan de Kamer toe te zenden.

Vraag 231
Gaat u een evaluatie opzetten van de energiebesparing regeling?

Antwoord 231:
De regeling energiebesparing is dit jaar gestart en wordt na vijf jaar geëvalueerd, dat is in 2021. De Rijksdienst voor Ondernemend Nederland verzamelt in de komende jaren de daarvoor benodigde informatie en data. Tussentijds houd ik een vinger aan de pols en bespreek ik jaarlijks met NOC*NSF en de sportbonden de voortgang.

Vraag 232
Hoe groot zal de afdracht voor NOC*NSF zijn uit de € 71 miljoen die beschikbaar komen uit loterijgelden? Wanneer komt dit geld beschikbaar? Hoe zeker is het dat er een toename van € 17 miljoen is?

Antwoord 232:
De Staatssecretaris van Financiën heeft in oktober 2015 uw Kamer bij brief geïnformeerd over de voordelen van een fusie tussen de Staatsloterij en De Lotto.
Op basis van de onder de fusie liggende businesscase hebben de fusiepartijen destijds de verwachting uitgesproken dat de afdrachten aan NOC*NSF en ALN met bijna € 17 miljoen zullen toenemen tot ruim € 71 miljoen in 2018. In hoeverre deze ramingen gerealiseerd worden is afhankelijk van het marktontwikkelingen en daadwerkelijk geëffectueerde operationele kosten van de nieuwe organisatie. Op basis van de vrije geldstromen uit Staatsloterij en De Lotto hebben de staat en NOC*NSF en ALN afspraken gemaakt over de verdeling van het resultaat van de

Holding. Er is een verdeelsleutel van 63% voor de staat en 37% voor NOC*NSF en ALN vastgesteld (van de 37% is conform de statuten, waarvan 72,46% bestemd voor NOC*NSF en 27,54% voor ALN).

Vraag 233
Welke topsportevenementen zijn er in 2015 gesubsidieerd vanuit het Ministerie van VWS?

Antwoord 233:
In 2015 zijn de volgende evenementen gesubsidieerd:
- Tour de France (gemeente Utrecht en provincie Zeeland)
- WK Beachvolleybal
- WK Dammen
- WK Paracycling
- EK Luchtgeweerschieten
- EK Short Track
- EK Volleybal dames
- EK Synchroon zwemmen

Deze evenementen vonden plaats in Nederland, in één gemeente (zoals het WK Dammen in Emmen) of verspreid over verschillende gemeenten (zoals het WK Beachvolleybal in Apeldoorn, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam).

Vraag 234
Kunt u de Kamer informeren zodra de Autoriteit Consument & Markt (ACM) de fusie tussen de Stichting exploitatie Nederlandse Staatsloterij (de Staatsloterij) en Stichting Nationale Sporttotalisator (SNS/De Lotto) heeft beoordeeld?

Antwoord 234:
Op 9 oktober 2015 heeft de Staatssecretaris van Financiën uw Kamer geïnformeerd over het voornemen tot oprichting van een holding naar aanleiding van de fusie Nederlandse Staatsloterij en De Lotto (Kamerstuk 34 315, nr. 1).
Op 7 december 2015 heeft de ACM besloten dat Staatloterij en De Lotto mogen fuseren. Staatsloterij en De Lotto concurreren volgens de ACN nauwelijks met elkaar. De fusie heeft slechts een beperkt effect op de kansspelmarkt. Het besluit is gepubliceerd op de website van de ACM (https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15051/Staatsloterij-en-De-Lotto-mogen-fuseren-concentratiebesluit/).

Vraag 235
Kunt u een overzicht geven van het totale sportbudget vanaf 2010 t/m 2015?

Antwoord 235:
Het totale sportbudget voor de jaren 2010 t/m 2015 is in onderstaande tabel opgenomen. Hierbij is gekeken naar de stand van de ontwerpbegroting uit de Begroting van het desbetreffende jaar (bedragen x € 1.000,-).

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bedrag	141.890	136.385	128.976	135.000	132.421	126.606

Vraag 236
Waarom is er € 8,104 miljoen minder uitgegeven aan sport en bewegen in de buurt?

Antwoord 236:
Het is een misverstand te veronderstellen dat er € 8,1 miljoen minder is uitgegeven aan sport en bewegen in de buurt. Het betreft hier namelijk voor € 7,9 miljoen aan middelen die reeds bij 1e of 2e Suppletoire Wet 2015 naar andere artikel(onderdelen) of Begrotingen zijn overgeboekt. Voorbeelden waaraan dit is besteed zijn onder andere middelen voor de Sportimpuls, Buurtsportcoaches en een bijdrage aan Alliantie Gelijke Spelen.
In totaal is € 0,2 miljoen niet tot besteding gekomen doordat voornemen(s) voor een lager bedrag ten opzichte van de oorspronkelijke raming gerealiseerd zijn.

Vraag 237
Waar is voor 2016 de € 2,638 miljoen gebleven uit de compensatie van de betaalde energiebelasting (totaal 2015 € 8,638 miljoen) die niet is overgeheveld naar de subsidieregeling verduurzaming sportverenigingen (budget € 6 miljoen)?

Antwoord 237:
De € 8,638 miljoen zoals die in 2015 is ingezet voor de compensatie van de betaalde energiebelasting, wordt in 2016 volledig ingezet voor de nieuwe subsidieregeling voor maatregelen energiebesparing en duurzame energie sportaccommodaties.
In verband met de nieuwe subsidieregeling is in 2016 in totaal € 9,4 miljoen beschikbaar. Hiervan is € 6,4 miljoen (inclusief uitvoeringskosten) bestemd voor het uitvoeren van de regeling en € 3 miljoen voor het verlenen van borgstellingen voor leningen aan sportverenigingen die willen investeren in energiebesparende maatregelen en/of duurzame energie.

Vraag 238
Waarom is € 0.2 miljoen van het budget sporten en bewegen in de buurt niet tot besteding gekomen?

Antwoord 238:
In totaal is € 0,2 miljoen niet tot besteding gekomen doordat voornemen(s) voor een lager bedrag ten opzichte van de oorspronkelijke raming gerealiseerd zijn.

Vraag 239
Welke niet bestede subsidiegelden van € 0.3 miljoen zijn teruggevorderd, en waarom zijn deze middelen niet besteed?

Antwoord 239:
Het betreft ten aanzien van ongeveer tien verschillende dossiers de terugvorderingen van niet bestede subsidiegelden als gevolg van een lagere vaststelling dan oorspronkelijk verleend. Subsidies dienen na afloop van de periode waarvoor subsidie is verleend, vastgesteld te worden. Het kan daarbij voorkomen dat activiteiten niet, niet geheel of tegen lagere kosten zijn uitgevoerd dan oorspronkelijk geraamd. Deze niet bestede middelen worden dan bij de vaststelling teruggevorderd en komen als ontvangst op de begroting terecht.

Vraag 240
Waarom wordt er twintig procent meer uitgegeven aan de zorg- en dienstverlening? Liggen de oorzaken in meer zorgvraag, hogere organisatiekosten, een autonome groei van de zorgvraag?

Antwoord 240:

De oorzaak ligt niet in een hogere zorgvraag, hogere organisatie kosten of een autonome groei van de zorgvraag. Ten opzichte van de begroting 2015 is 20% meer uitgegeven voor zorg- en dienstverlening omdat de integratie van de subsidiabele activiteiten van Defensie en van VWS (één subsidie voor de Stichting De Basis) niet is doorgegaan, hiervoor is het budget voor subsidies Zorg- en Dienstverlening per 1e Suppletoire Wet verhoogd met € 0,9 miljoen.

Vraag 241
Waarom is bijna het totale budget (2,3 miljoen euro minder) voor de opdrachten ten behoeve van de herinnering aan WO II op de plank blijven liggen?

Antwoord 241:
Er bleek meer tijd nodig met de opstart van het nieuwe Platform WOII (samenwerkingsverband van de sector), waardoor er minder opdrachten zijn verstrekt ten behoeve van de herinnering aan WO II.

Vraag 242
Kan het kabinet meer informatie verstrekken over de integratie van de subsidiabele activiteiten van Defensie en van VWS voor de stichting de Basis? Om welke subsidiabele activiteiten gaat het, wat is de omvang van het daarmee gemoeide bedrag? Op welke termijn moet deze integratie plaatsvinden?

Antwoord 242:
De intentie voor de integratie van de subsidiabele activiteiten van Defensie en van VWS voor de Stichting de Basis is een vereenvoudiging van de subsidierelatie voor de uitvoerder. De subsidiabele activiteiten betreffen laagdrempelige zorg en ondersteuning voor oorlogsgetroffenen zoals die door Stichting De Basis reeds wordt verleend (doelgroepen Oorlogs- en Geweldsgetroffenen WOII en voormalig cliënten van stichting Pelita). Het hiermee gemoeide bedrag is € 1,9 miljoen. De besluitvorming of en op welke termijn deze integratie moet plaatsvinden is nog onderwerp van overleg tussen VWS en Defensie.

Vraag 243
Kunt u uitleggen waarom het aantal ontvangers van zorgtoeslag is afgenomen in 2015?

Antwoord 243:
Het aantal huishoudens dat zorgtoeslag heeft ontvangen was in 2015 384.000 lager dan in 2014. De belangrijkste oorzaak hiervan is de verhoging van het afbouwpercentage. Het afbouwpercentage bepaalt hoe snel de zogtoeslag daalt per extra euro inkomen boven het wettelijk minimumloon. Dit percentage is van 2014 op 2015 verhoogd van 9,118% naar 13,4%. Hierdoor daalt de zorgtoeslag voor huishoudens met een bovenminimaal inkomen, maar ook het aantal huishoudens met recht op zorgtoeslag. Daar tegenover staat dat de maximale zorgtoeslag is verhoogd door lagere normpercentages. Dit leidt voor alle ontvangers tot een hogere zorgtoeslag en ook tot een groter aantal ontvangers van zorgtoeslag. In de AMvB waarin deze wijzigingen zijn geregeld, werd ingeschat dat dit per saldo zou leiden tot een daling van het aantal zorgtoeslagontvangers met circa 350.000.

Vraag 244
Hoeveel mensen hebben zorgtoeslag ontvangen in de periode 2006–2016? Kan dit overzicht worden, uitgesplitst naar eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens?

Antwoord 244:
In onderstaande tabel staat het aantal huishoudens dat zorgtoeslag heeft ontvangen (tot en met 2015) en ontvangt (in 2016) gesplitst naar eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens.

Aantal huishoudens met zorgtoeslag (x 1.000)[1]

	Eenpersoons-huishoudens	Meerpersoons-huishoudens	Totaal
2006	3.085	1.820	4.905
2007	3.114	1.708	4.822
2008	3.202	1.828	5.030
2009	3.364	1.788	5.152
2010	3.554	1.832	5.386
2011	3.798	1.912	5.710
2012	3.823	1.887	5.710
2013	3.897	1.457	5.354
2014	3.848	1.174	5.022
2015	3.755	883	4.638
2016	3.637	838	4.475

[1] De aantallen een- en meerpersoonshuishoudens zijn afgeleid uit cijfers op maandbasis

Bron: Belastingdienst

Vraag 245
Hoeveel is in de periode 2006–2016 netto uitgegeven aan de zorgtoeslag? Kunt u inzicht geven in het totaalbedrag verstrekte voorschotten en het totaalbedrag aan terugvorderingen op definitief vastgestelde tegemoetkomingen voor deze periode?

Antwoord 245:
In onderstaande tabel staan de verplichtingen aan zorgtoeslag voor de toeslagjaren 2006 tot en met 2016 gesplitst in voorlopige toekenningen, vorderingen bij definitieve toekenning en nabetalingen bij definitieve toekenning. Voor de laatste jaren geldt dat er (voor een deel van de huishoudens) nog geen definitieve toekenningen zijn.

Uitgaven aan zorgtoeslag (in miljoenen euro's)

	Voorlopige toekenningen	Vorderingen	Nabetalingen	Definitieve toekenningen
2006	2.502	– 374	215	2.344
2007	2.654	– 426	205	2.432
2008	3.421	– 510	243	3.154
2009	3.823	– 556	200	3.468
2010	4.188	– 549	230	3.869
2011	4.956	– 541	260	4.675
2012	4.772	– 494	332	4.610
2013	5.324	– 626	469	5.167
2014	4.046	– 440	306	3.912
2015	4.066	0	0	4.066
2016	4.341	0	0	4.341

Bron: Belastingdienst

Vraag 246
Waarom zijn de ontvangsten van het Ministerie van VWS in de oorspronkelijk vastgestelde begroting, zeker in verhouding met de realisaties uit eerdere jaren, van te voren een stuk lager ingeschat, waardoor er tussen het geschatte bedrag en de uiteindelijke realisatie een groot verschil zit?

Antwoord 246:

Gedurende het begrotingsjaar komen op het centrale apparaatsartikel aanvullende ontvangsten binnen die niet in de begroting zijn opgenomen. Voor het grootste deel zijn dit ontvangsten voor de programmadirectie Antonie van Leeuwenhoek Terrein (PD-ALt) waar tegenover ook extra uitgaven staan. Daarnaast zijn er ontvangsten van detacheringen en ontvangsten van betalingen van het CIBG aan het kerndepartement voor de inbesteding van de ICT-dienstverlening. De exacte hoogte van deze uitgaven en ontvangsten is bij het opmaken van de begroting lastig aan te geven. Daarom is er voor gekozen op basis van betere inzichten in de loop van het jaar de ontvangstenraming van de begroting bij te stellen.

Vraag 247
Waarom heeft er weer een overschrijding van de raming van de personele en materiële uitgaven van het ministerie plaatsgevonden? Waarom is dit bij het opstellen van de begroting over 2015 niet voorzien? Op welke beleidsonderwerpen van het ministerie is het meeste personeel ingezet?

Antwoord 247:
In de eerste en tweede suppletoire wet is toegelicht welke mutaties hebben plaatsgevonden op de personele en materiële uitgaven van het ministerie. In de begroting van het ministerie is met verschillende technische mutaties geen rekening gehouden en tevens vinden er gedurende het jaar aanvullende uitgaven plaats waar tegenover ook ontvangsten staan. Daarnaast hebben er in 2015 enkele gerichte intensiveringen plaatsgevonden voortkomend uit de strategische agenda. Het betreft hier hoger dan geraamde uitgaven op het terrein van de transitie van de jeugdzorg en de herziening van de langdurige zorg. Zo is er € 2 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van het Jeugdbeleid inclusief middelen voor de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ). Verder zijn de maatregelen uit de brief Kwaliteit loont (Kamerstuk 31 765, nr. 116) gepaard gegaan met een intensivering van € 1 miljoen. Ook is er extra ingezet op het programmabureau Trekkingsrechten pgb en op innovatie en zorgvernieuwing.

Binnen het ministerie wordt geen aparte administratie bijgehouden van de personele inzet op beleidsonderwerpen. Wel is in het jaarverslag een overzicht opgenomen met de personele en materiële uitgaven onderverdeeld naar Directoraat-generaal.

Vraag 248
Wat is het percentage van de externe inhuur ten opzichte van het totaal aan personele uitgaven?

Antwoord 248:
In de Jaarrapportage Bedrijfsvoering Rijk 2015 (Kamerstuk 31 490, nr. 205) wordt gerapporteerd over de bedrijfsvoering van de Rijksdienst. Het over 2015 voor VWS vastgestelde percentage externe inhuur ten opzichte van het totaal aan personele uitgaven is 8,6%.

Vraag 249
Wat is de oorzaak van de meer dan een verdubbeling van de overige materiële uitgaven?

Antwoord 249:
In de eerste en tweede suppletoire wet is toegelicht welke mutaties hebben plaatsgevonden op de overige materiële uitgaven van het ministerie. Grote mutaties die ertoe hebben geleid dat de overige materiële uitgaven zijn gestegen zijn de middelen voor de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (PD-ALt). Deze middelen waren gedeeltelijk op een ander artikel begroot en zijn bij eerste suppletoire wet

overgeboekt naar het centrale apparaatsartikel. Daarnaast staan er tegenover de hogere uitgaven voor PD-ALt ook ontvangsten. Ook zijn er in het voorjaar van 2015 middelen toegekend voor projecten op het gebied van innovatie en zorgvernieuwing en voor de transitiekosten van Intravacc.

Vraag 250
Wat zijn de noodzakelijke beleidsintensiveringen die de overschrijding van de personele uitgaven van het kerndepartement hebben veroorzaakt?

Antwoord 250:
De wijzigingen in de personele uitgaven ten opzichte van de stand ontwerpbegroting 2015 zijn opgenomen en toegelicht in de eerste en tweede suppletoire wet. Zoals toegelicht heeft het grootste gedeelte van de wijziging in personele uitgaven een technische achtergrond of staan er ontvangsten tegenover. De beleidsintensiveringen hangen samen met de uitvoering van het kabinetsbeleid. Het betreft hoger dan geraamde uitgaven op het terrein van de transitie van de jeugdzorg en de herziening van de langdurige zorg en de daarmee samenhangende uitvoering en ondersteuning. Zo is er € 2 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van het Jeugdbeleid inclusief middelen voor de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ). Verder zijn de maatregelen uit de brief Kwaliteit loont (Kamerstuk 31 765, nr. 116) gepaard gegaan met een intensivering van € 1 miljoen. Ook is er extra ingezet op het programmabureau Trekkingsrechten pgb (€ 0,9 miljoen) en op innovatie en zorgvernieuwing.

Vraag 251
Welke technische mutaties liggen ten grondslag aan de overschrijding van de personele uitgaven? Waarom waren deze technische mutaties noodzakelijk?

Antwoord 251:
De wijzigingen ten opzichte van de stand ontwerpbegroting 2015 zijn opgenomen en toegelicht in de eerste en tweede suppletoire wet. De uitgaven voor de tijdelijke Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoek-terrein (PD-ALt) waren in de oorspronkelijke begroting niet geraamd op artikel 10. Bij eerste suppletoire begroting heeft hiervoor een technische mutatie plaatsgevonden. Daarnaast is er vanuit programmamiddelen geld beschikbaar gesteld voor het personeel dat in Rijksdienst is gebleven van de in 2014 geprivatiseerde en gesloten jeugdzorginstellingen Almata en de Lindenhorst. Voorheen werden deze instellingen gefinancierd uit programmamiddelen, maar de betaling van de voormalig medewerkers en de VanWerknaarWerk begeleiding vindt plaats vanuit het centrale apparaatsartikel. Hiervoor heeft een technische mutatie plaatsgevonden. Daarnaast hebben zich enkele kleine technische mutaties voorgedaan waarvoor beschikbare middelen van programma-artikelen zijn overgeboekt naar het centrale apparaatsartikel.

Vraag 252
Kan het kabinet een stand van zaken geven van de financiële afronding van PD ALT, en kan worden aangegeven wanneer de PD ALT opgeheven kan worden?

Antwoord 252:
In mijn brieven van 4 juli 2013 (Kamerstuk 33 567, nr. 2) en 30 juni 2015 (Kamerstuk 33 567, nr. 4) heb ik u geïnformeerd over de ontwikkeling van het Antonie van Leeuwenhoek terrein in Bilthoven en over mijn voornemen Intravacc te verzelfstandigen. Na de verzelfstandiging van Intravacc zal PD-ALt opgeheven worden.

In 2016 zal over de nieuwe organisatievorm van Intravacc een besluit worden genomen. Na het zomerreces zal ik de Tweede Kamer informeren over de voortgang met betrekking tot mijn plannen met Intravacc.

Vraag 253
Wat zijn de redenen dat er nog onzekerheid is over de vastgestelde uitgaven van Caribisch Nederland?

Antwoord 253:
De opzet en uitvoering van het beheer vanuit VWS richting het Zorgverzekeringskantoor Caribisch Nederland (ZVK) zijn in 2015 op orde. Hiermee zijn de problemen op dit vlak opgeheven.

Het ZVK heeft zijn eigen interne beheer inmiddels ook op orde. Het in 2013 opgestelde plan van aanpak om het beheer bij het ZVK op orde te brengen is, op één punt na, geheel uitgevoerd. Dat ene punt betreft het afsluiten van de zorgovereenkomsten. En met betrekking tot dit punt resteert inmiddels alleen nog het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal, de grootste zorgaanbieder op de eilanden.

In 2015 heeft het ZVK de verantwoording 2014 bij VWS ingediend. Deze verantwoording was voorzien van een controleverklaring met oordeelonthouding. Door deze oordeelonthouding is er een onzekerheid over de rechtmatigheid van de uitgaven van het ZVK 2014. De voorschotten 2014 aan het ZVK, zijn in 2015 door VWS vastgesteld en leiden voor VWS daardoor tot een onzekerheid over de uitgaven in 2015.

De oordeelonthouding bij de verantwoording van het ZVK wordt voornamelijk veroorzaakt door de problemen bij het afsluiten van een zorgovereenkomst met Fundashon Mariadal. Een belangrijk gevolg daarvan is dat deze zorgaanbieder geen verantwoording aflegt over zijn uitgaven conform de door het ZVK en VWS gewenste vereisten. Deze vereisten zijn vastgelegd in een controle- en informatie- protocol. Deze protocollen maken onderdeel uit van de zorgovereenkomst. Het hierdoor ontbreken van de benodigde informatie maakt dat het voor het ZVK niet is vast te stellen of Fundashon Mariadal zijn uitgaven doet binnen de geldende wettelijke kaders, zoals de aanspraken en het wel of niet verzekerd zijn.

Vraag 254
Hoe kan het dat het kabinet aangeeft dat er geen belangrijke tekortkomingen zijn bij de totstandkoming van beleidsinformatie, terwijl de Algemene Rekenkamer aangeeft dat de beleidsinformatie in het jaarverslag 2015 onvoldoende deugdelijk tot stand is gekomen?

Antwoord 254:
De Auditdienst Rijk (ADR) constateert in haar Samenvattend Auditrapport VWS 2015 dat de in het jaarverslag opgenomen informatie over het beleid en de bedrijfsvoering (de niet-financiële informatie) niet strijdig is met de in dit jaarverslag opgenomen financiële overzichten.

Bovendien is de ADR ten aanzien van de totstandkoming van de informatie over prestatie-indicatoren en kengetallen van oordeel dat de informatie over beleid en bedrijfsvoering voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Wat betreft de *audittrail* voor de totstandkoming van beleidsinformatie in het jaarverslag stelt de ADR echter vast dat deze in sommige gevallen moeilijk navolgbaar is.

Medewerkers dienen voor de beleidsonderwerpen waarover verantwoording moet worden afgelegd, (jaarverslag)dossiers bij te houden die

de basis vormen voor een correcte audittrail. Deze dossiers laten een wisselend beeld zien, maar zijn volgens de ADR dus over het algemeen nog niet op orde.

Voor de mededeling in de bedrijfsvoeringparagraaf van het VWS jaarverslag over de deugdelijke totstandkoming van de beleidsinformatie in het jaarverslag, baseer ik mij op de bovenstaande bevindingen van de ADR.

De specifieke bevindingen van de Algemene Rekenkamer (AR) bij de totstandkoming van de beleidsinformatie in het jaarverslag van VWS heeft de AR niet met mij gedeeld. Voor zover mij bekend baseert de AR haar oordeel over de totstandkoming van de beleidsinformatie volledig op de controlewerkzaamheden van de ADR.

De AR concludeert dat de beleidsinformatie in het VWS Jaarverslag 2015 onvoldoende deugdelijk tot stand is gekomen en sluit daarbij aan bij de constateringen van de ADR op dit punt.

Ik neem deze opmerkingen ter harte en voor de komende verantwoording zal ik in overleg met de ADR de mogelijkheden bezien om het vastleggen van de totstandkoming van de beleidsinformatie in de jaarverslagdossiers te verbeteren.

Vraag 255
Wat is het totaal aan kosten dat samenhangt met de invoering van het trekkingsrecht en de ontstane problemen? Welke kosten waren voorzien, en welke niet?

Antwoord 255:
In de beantwoording op de schriftelijke vragen naar aanleiding van de Ontwerpbegroting VWS voor 2016 heb ik de Kamer reeds geïnformeerd over de kosten samenhangend met de invoering van het trekkingsrecht (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12). Vanaf de zijde van het Rijk zijn vanaf eind 2013 kosten gemaakt voor de invoering van het trekkingsrecht: het betreft hier de voorbereidingskosten en uitvoeringskosten bij de SVB. Voor 2013 en 2014 bedragen de kosten van deze voorbereidende werkzaamheden € 12,9 miljoen. De uitgaven van de SVB voor de uitvoering van het trekkingsrecht in 2015 bedragen € 75,1 miljoen (zie p. 62). Hier heeft gedurende het jaar een opwaartse bijstelling van ongeveer € 45 miljoen plaatsgevonden.

Uit onderzoek uitgevoerd door bureau Ape, op 7 december aangeboden aan de Kamer (Kamerstuk 25 657, nr. 227) komt naar voren dat gemeenten in totaal naar schatting tussen de € 23,9 miljoen en € 31,5 miljoen aan meerkosten hebben gemaakt als gevolg van de uitvoering van de terugvalscenario's. Door de zorgkantoren is aangegeven dat zij € 5,7 miljoen aan kosten hebben gemaakt in 2015. Voorts zijn verschillende organisaties tegemoet gekomen in de kosten die zij hebben gemaakt voor de voorlichting en ondersteuning van zorgverleners, budgethouders en ketenpartners. De kosten hiervan bedragen ongeveer € 1,2 miljoen.

De SVB zal de afrekening over 2015 met gemeenten en zorgkantoren per 1 juli afronden. Eind april 2016 is bestuurlijk met de VNG overeengekomen dat, indien er sprake is van overschrijdingen naar aanleiding van onrechtmatige pgb-betalingen, deze niet uitgezonderd worden van de afrekening met gemeenten door de SVB, en dat wordt afgezien van een vordering van deze mogelijke overschrijdingen door gemeenten op de SVB of VWS. Gemeenten zijn hierover met de recent verschenen meicirculaire geïnformeerd.

Vraag 256
Hoe zijn de extra uitgaven die samenhangen met het trekkingsrecht gedekt? Vanuit welke posten is er geschoven met geld?

Antwoord 256:
Er is niet vanuit specifieke posten geschoven. Er is dekking gevonden binnen de totale budgettaire besluitvorming 2015 van het Rijk.

Vraag 257
Wat hebben de ketenregisseurs pgb per persoon in 2015 gekost?

Antwoord 257:
Er is geen aparte registratie van de kosten per persoon. Via een projectsubsidie van het Ministerie van BZK aan de VNG is de inzet van ketenregisseurs gefinancierd. De inzet van een ketenregisseur vanuit gemeenten was hierin betrokken. De andere ketenregisseur verrichtte zijn werkzaamheden vanuit zijn dienstverband bij de Algemene Bestuursdienst (ABD).

Vraag 258
Wat is de verklaring voor de sterke afname van het aantal gegrond verklaarde klachten?

Antwoord 258:
De afname kan meerdere oorzaken hebben. Het contactformulier op de website van het CBG is een belangrijke bron waaruit klachten kunnen voort komen. Begin 2015 is dit contactformulier en het achterliggende interne proces herzien, met als doel de vragen beter af te handelen. Dit zou voor 2015 de afname deels kunnen verklaren, welke van invloed is op het uiteindelijke aantal gegrond verklaarde klachten. Ook is er is een zekere mate van natuurlijke fluctuatie in het aantal klachten dat jaarlijks binnenkomt.

Vraag 259
Wat was in voorgaande jaren het aantal binnengekomen klachten?

Antwoord 259:
In 2015 zijn 23 klachten ontvangen (waarvan 14 gegrond), in 2014 zijn 31 klachten ontvangen (waarvan 27 gegrond) en in 2013 zijn 32 klachten ontvangen (waarvan 24 gegrond).

Vraag 260
Wat is de verklaring voor het nog open staan van € 776,6 miljoen aan voorschotten op de Wtcg?

Antwoord 260:
De voorschotten op de Wtcg zijn uitgaven die het CAK reeds heeft gedaan. Dit zijn uitgaven aan Wtcg-tegemoetkomingen die zijn uitbetaald aan rechthebbenden. De rechtmatigheid van deze uitgaven dient te worden vastgesteld voordat deze voorschotten kunnen worden afgerekend. Op dit moment zijn de laatste rechtmatigheidsonderzoeken in volle gang. Totdat de rechtmatigheid is vastgesteld blijven de betaalde bedragen als voorschot open staan. Dit is nu nog een bedrag van € 776,6 miljoen. De verwachting is dat op het moment van opstellen van het jaarverslag 2018 alle voorschotten zijn afgerekend.

Vraag 261
Wat gaat er met de openstaande voorschotten op de Wtcg gebeuren en op wat voor termijn? Is dit geoormerkt geld?

Antwoord 261:

Zie het antwoord op vraag 260.

Vraag 262
Wat is het effect van de verminderde garantiestelling op zorgstellingen en hun risicodragendheid?

Antwoord 262:
De nog openstaande garanties komen voort uit drie aparte regelingen: de Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg 1958, de Rijksregeling Dagverblijven voor gehandicapten inzake erkenning, subsidiëring, verlening van garanties en toezicht uit 1971 en de Rijksregeling Gezinsvervangende Tehuizen voor gehandicapten, ook uit 1971. De betreffende regelingen dateren uit een tijd dat de overheid een expliciete verantwoordelijkheid had voor bouw en spreiding van intramurale zorgvoorzieningen en zijn al geruime tijd gesloten voor nieuwe aanvragen.

De in het verleden verstrekte garanties verminderen naarmate de gegarandeerde leningen in de loop van de jaren worden afgelost. Strikt genomen verandert er hierdoor dus niets aan de risicodragendheid van zorginstellingen. Wel staat de Staat nog steeds achterborg voor garanties die door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) worden verstrekt.

Vraag 263
Hoe ontwikkelen de rentelasten van zorginstellingen zich? Zijn deze de afgelopen jaren toe of afgenomen?

Antwoord 263:
De onderstaande tabel toont de ontwikkeling van de financieringslasten van zorginstellingen in de periode 2010–2014. Volgens de definitie van het CBS bestaan de financieringslasten voor zorginstellingen voornamelijk uit rentelasten.

Tabel: Ontwikkeling financieringslasten zorginstellingen 2010–2014 (bedragen x € 1 miljoen)

	2010	2011	2012	2013	2014[1]
Financieringslasten	855	937	985	994	997

[1] Voor 2014 betreft het een voorlopig cijfer.

Bron: CBS

In absolute zin zijn de rentelasten voor zorginstellingen de afgelopen jaren toegenomen. Als percentage van de totale bedrijfslasten zijn de rentelasten voor zorginstellingen in de periode 2010–2014 constant gebleven.

Vraag 264
Wat is de verklaring dat plaatsvervangend directeur van het CBG C.A. van Belkum, een dienstverband heeft van meer dan fulltime, namelijk 1,11? Is dit niet in strijd met geldende wet- en regelgeving?

Antwoord 264:
De betrokken functionaris heeft, conform het gestelde in artikel 21 lid 2 van het ARAR, een aanstelling van 40 uur per week. Hierbij wordt geen compensatieverlof opgebouwd. De regeling is daarmee in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving.

Vraag 265
Op welke wijze was er in de Wlz sprake van een meer doelmatige inkoop in 2015?

Antwoord 265:
De inkoop door zorgkantoren voor 2015 vond plaats in 2014. De focus voor de inkoop 2015 lag, mede op mijn verzoek, op continuïteit van zorg. In het voorjaar van 2015 is door ZN samen met de zorgkantoren een landelijk inkoopkader ontwikkeld dat gericht is op dialoog met aanbieders over kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering. Aanbieders die dit kunnen aantonen komen in aanmerking voor een opslag op hun tarieven. Op deze manier draagt de inkoop bij aan meer doelmatigheid.

Vraag 266
Waarop gaan de misgelopen opbrengsten van de uitgestelde aanpassing van de werelddekking van 2 x € 60 miljoen op worden verhaald?

Antwoord 266:
De besparingsverliezen van € 60 miljoen van de werelddekking in de jaren 2015 en 2016 zijn ingeboekt bij ontwerpbegroting 2015. De besparingsverliezen konden worden opgevangen doordat als gevolg van het budgettaire beleid van dit kabinet (o.a. door succesvol gevoerd preferentiebeleid en de hoofdlijnenakkoorden) in deze jaren sprake was van per saldo lagere BKZ-uitgaven.

Vraag 267
In eerdere begrotingen werd uitgegaan van AWBZ-uitgaven van € 29 miljard in 2015. Waar is dat verschil van € 1.2 miljard gebleven?

Antwoord 267:
Er is geen sprake van een verschil van € 1,2 miljard ten opzichte van een eerdere raming van de AWBZ-uitgaven in 2015. In de ontwerpbegroting 2013 werd voor 2015 uitgegaan van AWBZ-uitgaven ter hoogte van € 29,8 miljard. Daarbij was nog geen rekening gehouden met de effecten van het regeerakkoord en de daarop volgende akkoorden met veldpartijen over de hervorming van de langdurige zorg. Deze effecten zijn (samen met effecten van mee- en tegenvallers, technische mutaties en overige beleidseffecten) verwerkt in de ontwerpbegroting 2014. Hiermee resulteerde een raming van de AWBZ-uitgaven voor het jaar 2015 van € 26,3 miljard. In de ontwerpbegroting 2015 is vervolgens de hervorming van de langdurige zorg verwerkt en zijn de AWBZ-middelen vanaf het jaar 2015 in hoofdzaak verdeeld over de domeinen van de Wlz, Zvw, Wmo en Jeugdwet.

Vraag 268
In tabel 5 staat dat in 2015 € 19,9 miljard omging in de Wlz. In 2014 ging er nog € 27,8 miljard om in de Awbz. Hoeveel is er van het verschil tussen die twee overgegaan naar respectievelijk de Zvw en naar de gemeenten (graag antwoord in 2 decimalen achter de komma)?

Antwoord 268:
Vanuit de AWBZ is er per 2015 een bedrag van € 3,39 miljard overgeheveld naar de Zvw en een bedrag van € 4,67 miljard naar gemeenten (waarvan € 3,51 miljard naar de Wmo2015 en € 1,16 miljard naar de Jeugdwet).

Vraag 269
Wanneer ontstaat een helder beeld over de cijfers in de GGZ?

Antwoord 269:
In de cGGZ is in september T+2 een goed beeld over de cGGZ zorguitgaven in het jaar T te geven. Wel is dit nog steeds geen definitief cijfer, aangezien dan nog niet alle (nakomende correcties op) declaraties

ingediend zijn bij de zorgverzekeraar. De praktijk leert dat de aanpassingen daarna veelal beperkt zijn.
In september 2016 is er dus een goed beeld over de cGGZ uigaven 2014.

Vraag 270
Hoe kan de budgettaire stijging in 2015 als gevolg van lagere uitgaven in 2014 worden verklaard? Kunt u dit toelichten, en tevens aangeven waarop de reeds afgegeven verwachting is gebaseerd?

Antwoord 270:
De budgettaire stijging van € 0,7 miljard uit tabel 5 op pagina 154 van het VWS-jaarverslag 2015, betreft de horizontale ontwikkeling van de Zvw-uitgaven als gevolg van mee- en tegenvallers.De verklaring hiervoor wordt gevormd door de incidentele neerwaartse bijstelling van de uitgaven in 2014 bij met name de geneeskundige ggz (€ 0,3 miljard) en de grensoverschrijdende zorg (€ 0,3 miljard). Ten opzichte van de lagere uitgaven in 2014 laten de (geraamde) uitgaven over 2015 derhalve een stijging zien.
Overigens is de raming 2015 van de uitgaven voor geneeskundige ggz nog zeer voorlopig. Het is daarom mogelijk dat de verwachte uitgavenstijging als gevolg van meevallers in die sector in 2015 niet (of in mindere mate) optreedt.

In de verdiepingsbijlage is de uitgavenontwikkeling van deze sectoren op pagina 214 en 221 opgenomen.

Vraag 271
Is de verwachting dat de groei van de uitgaven voor geneesmiddelen (als gevolg van lagere volumegroei, een daling van de prijzen en het preferentiebeleid) nog verder zal dalen?

Antwoord 271:
Nee, ik verwacht geen verdere daling van de groei van de uitgaven voor extramurale geneesmiddelen. Het Zorginstituut Nederland gaat in de middellange termijn raming van maart 2016 uit van een jaarlijkse kostengroei van 3,5% voor de komende jaren. De Algemene Rekenkamer geeft in haar rapport bij de jaarrekening aan ook van mening te zijn dat een verdere daling van de uitgaven op grond van het reeds gevoerde beleid niet te verwachten is.

Vraag 272
Op basis waarvan wordt verwacht dat de verlaging van de uitgaven zich ook in 2015 zal voortzetten bij de ggz?

Antwoord 272:
Normaliter wordt ervan uitgegaan dat lagere uitgaven een structurele doorwerking hebben naar latere jaren, tenzij er aanwijzingen zijn dat dit niet het geval is. Er zijn geen aanwijzingen bekend waar dit uit zou blijken.

Vraag 273
Waaraan is binnen de ggz incidenteel minder uitgegeven in 2014 en vermoedelijk 2015?

Antwoord 273:
Onderbouwde verklaringen van de onderschrijdingen zijn lastig te geven. De onderschrijdingen zouden kunnen samenhangen met de substitutie naar de POH-ggz (onder huisartsenkader), de verschuiving van specialistische ggz naar de generalistische basis ggz, en de scherpere inkoop van zorgverzekeraars.

Vraag 274
Wat zijn de mogelijke financiële gevolgen van de onzekerheid in de cijfers en het handhaven van de financiële afspraken uit het ggz-akkoord?

Antwoord 274:
De financiële gevolgen zijn beperkt. De cijfers tot en met 2014 zullen worden aangepast op basis van de actualisatie cijfers van het Zorginstituut Nederland.
Voor de cijfers van 2015 tot en met 2017 wordt vastgehouden aan de financiële afspraken uit het ggz akkoord. Dit betekent dat er voor de geneeskundige ggz groeiruimte beschikbaar is gesteld. In hoeverre deze ruimte daadwerkelijk wordt benut zal het actualisatiecijfer te zijner tijd uitwijzen.

Vraag 275
Welk bedrag aan gecontracteerde zorg hebben zorgverzekeraars ingekocht in de ggz? Neemt dit toe, of juist af ten opzichte van voorgaande jaren?

Antwoord 275:
In 2015 is er ruim € 3,3 miljard gecontracteerd aan geneeskundige ggz (peildatum juni 2015). Daarnaast maken verzekeraars ook een inschatting van de niet gecontracteerde zorg van ruim € 0,1 miljard. Inschatting van verzekeraars is dat het totaal (dus gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg tezamen) uitkomt op € 3,5 miljard.

Een vergelijking met voorgaande jaren is lastig te maken vanwege de overheveling van de jeugd ggz van de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet. Indien het actualisatie cijfer 2014 gecorrigeerd wordt voor de inschatting van de jeugd ggz komt de gecontracteerde zorg in dat jaar uit op ca. € 3,2 miljard. Daarmee neemt de gecontracteerde zorg 2015 toe ten opzichte van de gecorrigeerde actualisatiecijfers 2014.

Vraag 276
Kunt u uiteenzetten welke geneesmiddelen die uit patent zijn gelopen een bijdrage hebben geleverd aan de lagere volumegroei?

Antwoord 276:
Uit recente gegevens over 2015 van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) komt naar voren dat de lagere volumegroei waarschijnlijk niet is veroorzaakt door het uit patent lopen van geneesmiddelen. Tevens komt naar voren dat zich geen generieke aanbieders hebben aangediend voor geneesmiddelen met een hoge omzet.

Vraag 277
Hoeveel hebben de financiële arrangementen geneesmiddelen in 2015 opgeleverd, en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Antwoord 277:
Over het gerealiseerde resultaat van de financiële arrangementen in 2015 zal de Kamer begin 2017 worden geïnformeerd. Op korte termijn ontvangt de Kamer de voortgangsbrief financiële arrangementen geneesmiddelen 2016 waarin zal worden gerapporteerd over het opgeleverde resultaat over het jaar 2014.

Vraag 278
Er is een daling van de uitgaven aan ouderenzorg met € 0,1 miljard als gevolg van het extramuraliseren van lichte ZZP's. Hoeveel heeft het extramuraliseren tot nu toe opgeleverd?

Antwoord 278:

De netto opbrengsten van extramuralisering bedragen € 130 miljoen in 2015 en lopen op tot € 235 miljoen structureel.

Vraag 279
Hoeveel verzorgingshuizen zijn er als gevolg van het extramuraliseren van de lichte ZZP's gesloten?

Antwoord 279:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van verzorgingshuizen die sluiten. Wat wel landelijk wordt geregistreerd zijn de indicaties (CIZ) voor de diverse zorgprofielen en de gerealiseerde productie en productieafspraken (NZa).

De trend dat cliënten langer thuis blijven wonen is al langer zichtbaar. In 1980 woonden 150.000 ouderen in een verzorgingshuis, in 2010 waren dat er 84.000 terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde periode meer dan verdubbeld is. Het aantal verpleeghuisplekken is in dezelfde periode gestegen van ongeveer 46.000 in 1980 tot 74.000 in 2010. Het onderscheid tussen verpleeg- en verzor-gingshuizen vervaagt steeds meer. In verzorgingshuizen worden steeds zwaardere cliënten geholpen. Het aantal cliënten met een licht ZZP (ZZP VV 1 t/m 3) neemt de komende jaren geleidelijk af, terwijl het aantal plekken dat bezet is met mensen met een hoog ZZP de komende jaren kan groeien met een tempo dat gelijke tred houdt met demografische factoren.

In reactie op bovenstaande langjarige trend kunnen verzorgingshuizen die een afnemende vraag van cliënten met een licht ZZP waarnemen, zich richten op de zwaardere cliëntenpopulatie of op basis van scheiden van wonen en zorg zich richten op cliënten uit de Wmo/Zvw. In de mate waarin dit lukt, behoeven verzorgingshuizen niet te sluiten. Anderzijds geldt dat sluiting van verzorgingshuizen door renovatie of nieuwbouw van alle tijden is, dus ook los van extramuralisering. Een eenduidige en informatieve registratie van verzorgingshuizen die sluiten is op grond van het bovenstaande niet goed te maken.

Vraag 280
Hoeveel verzorgingshuisplekken (ZZP 1,2,3 en deel van 4) zijn er als gevolg van het extramuraliseren van de lichte ZZP's komen te vervallen?

Antwoord 280:
Allereerst merk ik op dat de aanspraak op de Wlz niet wordt gedefinieerd in zorgzwaartepakketten, maar op inhoudelijke criteria. Daarbij is uitgangspunt geweest dat zorg die valt onder ZZP 4 onder de reikwijdte van de Wlz blijft.

V&V: ZZP1 – ZZP 3 (feitelijk gebruik)

jaar	2011	2012	2013	2014	2015
aantal	40.730	36.420	28.605	20.390	[1]
verschil		4.310	7.815	8.215	

[1] cijfers in augustus 2016 beschikbaar

Bron: Monitor Langdurige Zorg

Er wordt geen landelijke lijst bijgehouden van verzorgingshuisplekken met de reden waarom zij anders worden aangewend of afgestoten. Andere aanwending kan bijvoorbeeld voor zwaardere zorg, eerstelijnsverblijf of revalidatiezorg zijn. Eventueel in combinatie met een Volledig of Modulair

Pakket Thuis, of een persoonsgebonden budget, waarbij mensen zelf huren of kopen.

Vraag 281
Wat is de verklaring voor het sterk aantal toegenomen aantal contacten (gemiddeld) per persoon met de huisarts in 2014? Wat is het gemiddeld aantal contacten per persoon met de huisarts in 2015?

Antwoord 281:
Er is geen inhoudelijke verklaring voor de toename van het gemiddeld aantal contacten per persoon met de huisartsen te geven. De cijfers over het aantal contacten per huisarts zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête. Het CBS licht bij de tabel waar deze gegevens uit afkomstig zijn toe dat met ingang van 2014 variabelen over inkomen en vermogen zijn toegevoegd aan het weegmodel van de Gezondheidsenquête. Dit omdat sommige inkomensgroepen en vermogensgroepen relatief minder goed meedoen aan enquêtes dan andere. Het toevoegen van deze variabelen aan het weegmodel is echter – zo licht het CBS toe – niet goed uitgevoerd. Dit heeft ervoor gezorgd dat de antwoorden van sommige respondenten te zwaar zijn meegeteld bij het bepalen van de te publiceren cijfers en de antwoorden van andere respondenten juist met een te laag gewicht zijn meegenomen. Het herstellen van deze fout zal gevolgen hebben voor vrijwel alle gepubliceerde cijfers van de gezondheidsenquête die gaan over 2014 en later. Het gemiddeld aantal contacten per persoon met de huisarts in 2015 is volgens deze (ongecorrigeerde) methodiek 5,0.

Vraag 282
Waarom zijn de cijfers onder punt 31 en 32 over de jaren 2013, 2014 en 2015 op pagina 160 nog niet beschikbaar, en wanneer zijn die gegevens wel te verwachten?

Antwoord 282:
Het is veelal zo, dat op het tijdstip waarop het Jaarverslag verschijnt de organisaties die de diverse registraties beheren nog geen bijgewerkte cijfers beschikbaar hebben over het jaar waarop het jaarverslag betrekking heeft en het jaar daarvoor. Deze cijfers komen pas in de loop van het lopende jaar beschikbaar. Bij de GGZ is dit ook het geval geweest. Bij de kengetallen onder nummers 31 en 32 wordt gebruik gemaakt van de Marktscan GGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit. Bij het opstellen van de tabel was de laatst uitgekomen marktscan, de Markscan GGZ 2014 (december 2014). De cijfers in de marktscan hadden betrekking op 2012. Inmiddels is op 23 mei 2016 de Marktscan GGZ 2015 (deel A) uitgebracht (bij brief van 25 mei 2016 Kamerstuk 25 424, nr. 315 aan de Tweede Kamer aangeboden), waarin gegevens over 2013 zijn opgenomen.

Dit leidt tot het volgende bijgestelde overzicht van de kerncijfers 31 en 32:

		Eenheid	2010	2011	2012	2013	2014[1]	2015[1]
31	Aantal cliënten geneeskundige ggz	1.000	1.202	1.256	1.112	1.115		
	Huisarts/poh ggz	1.000	65	105	146	200		
	Aantal cliënten eerstelijns geneeskundige ggz	1.000	307	333	322	306		
	Aantal cliënten tweedelijns geneeskundige ggz	1.000	943	980	835	854		
32	Zorgaanbieders geneeskundige ggz waarvan	aantal	6.687	7.132	>9.000	>10.000		
	Eerstelijns psychologische zorgverlener	aantal	3.365	3.477	6.000	6.000		
	Tweede lijn gebudgetteerde zorgaanbieder	aantal	177	181	155	290		
	Tweede lijn niet-gebudgetteerde instellingen	aantal	121	179	110			
	Tweede lijn vrijgevestigde zorgaanbieder	aantal	3.024	3.295	3.500–4.000	3.500–4.000		

	Eenheid	2010	2011	2012	2013	2014[1]	2015[1]
Dyslexie	*aantal*			*40*	*40*		

[1] Cijfers over 2014 en 2015 komen in latere Marktscans beschikbaar.

Vraag 283
Wat is de verklaring voor het sterk aantal toegenomen inzetten van spoedeisende ambulance in 2014? Wat is het aantal spoedeisende ambulance-inzetten in 2015?

Antwoord 283:
De groei van het aantal spoedritten doet zich al een aantal jaren voor. Uit een trendanalyse spoedeisende ambulancezorg van het RIVM van maart 2015 bleek dat voor de periode 2009–2012 bijna de helft van de groei kon worden verklaard door demografische ontwikkelingen: de toename van de omvang van de bevolking en de veranderende samenstelling van de bevolking (vergrijzing). Voor de resterende groei is nog geen goede verklaring beschikbaar. Op dit moment wordt gewerkt aan een actualisatie van het referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg waarbij wordt bezien wat de waargenomen groei van het aantal spoedritten voor gevolgen heeft voor de spreiding en beschikaarheid van ambulances. In dat kader is het ministerie in overleg met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland over nadere duiding van de rittengroei.

Gegevens over het aantal spoedeisende ambulance-inzetten in 2015 verwacht ik dit najaar bij de nieuwste uitgave van Ambulances in-zicht van AZN dat zal terugblikken op 2015.

Vraag 284
Waarom is er zo'n verhoudingsgewijs forse onderschrijding op de eerstelijnszorg? Wat is de oorzaak van de onderschrijding bij de huisartsenzorg?

Antwoord 284:
In de eerste lijn zien we zowel overschrijdingen (op o.a. tandheelkundige zorg, logopedie en multidisciplinaire zorg) als onderschrijdingen (op o.a. dieetadvisering, ergotherapie en huisartsenzorg). Per saldo is sprake van een onderschrijding in de eerste lijn. Jaarlijks zien we een groei in de uitgaven voor huisartsenzorg, alleen was de uitgavengroei in het begin van de looptijd van het akkoord lager dan het in het Bestuurlijk akkoord eerste lijn afgesproken groeipercentage. Overigens zien we in 2015 een stijging van € 31,7 miljoen in de uitgaven voor multidisciplinaire zorg. Een aanzienlijk gedeelte van de multidisciplinaire zorg wordt door huisartsen verleend, waardoor deze deelkaders in gezamenlijkheid worden bezien en de onderschrijding op het huisartsenkader dus deels wordt verminderd door de overschrijding op het kader multidisciplinaire zorg. Ik heb geen informatie beschikbaar waarmee de oorzaken van de geconstateerde over- en onderschrijdingen volledig kunnen worden verklaard.

Vraag 285
Wanneer zijn voor de geneeskundige ggz en de medisch-specialistische zorg de definitieve realisatiecijfers over 2015 beschikbaar? Wanneer krijgt de Tweede Kamer de beschikking over deze gegevens?

Antwoord 285:
De balanspost bij de medisch-specialistische zorg voor het jaar 2015 bedraagt bij jaarverslag circa 50%. De balanspost voor de geneeskundige ggz bedraagt 86%. Dat betekent dat de door verzekeraars ingeschatte

schadelast voor 50% (medisch-specialistische zorg) respectievelijk 14% (ggz) is gebaseerd op ontvangen en geaccepteerde declaraties. In figuur 2 in paragraaf 3.1.3 (Zorgakkoorden) in het Financieel Beeld Zorg van het VWS-jaarverslag 2015 is indicatief aangegeven dat op basis van de huidige cijfers sprake is van een onderschrijding van het mbi-kader medisch-specialistische zorg voor het jaar 2015 van € 77 miljoen. Bij het kader geneeskundige ggz is op basis van de huidige indicatieve cijfers sprake van een onderschrijding voor het jaar 2015 van € 195 miljoen. Op basis van de ervaringen in eerdere jaren ga ik ervan uit dat in het jaarverslag over 2016 een meer definitieve raming van de uitgaven 2015 van de medisch-specialistische zorg en de geneeskundige ggz kan worden verwerkt.

Vraag 286
Hoe kan de tegenvaller van € 95 miljoen bij de geneesmiddelen worden verklaard?

Antwoord 286:
De tegenvaller kan deels worden verklaard door een lagere loon- en prijsbijstelling dan waarmee in de raming rekening werd gehouden. Daarnaast was er sprake van instroom van nieuwe geneesmiddelen in het GVS waarvan de kosten hoger waren dan waarmee in raming rekening werd gehouden.

Vraag 287
Wat verstaat het kabinet onder «zeer voorlopige» realisatiecijfers? Wat is de foutmarge hierop? Wat betekent dit voor een zorgvuldige vaststelling van de risicoverevening voor komende jaren voor de ggz?

Antwoord 287:
Over 2015 zijn er voor de GGZ en de MSZ nog relatief weinig declaraties volledig afgehandeld; voor de GGZ betreft dit 14% en voor de MSZ 50% van het totaal aan te declareren behandelingen. Dit houdt in dat de realisatiecijfers die VWS heeft ontvangen van NZa en Zorginstituut nog zeer voorlopig zijn en grotendeels zijn gebaseerd op inschattingen van zorgverzekeraars.

Het gaat dus niet om fouten of een marge in de fouten, maar om het feit dat er nog maar weinig declaraties zijn afgehandeld.

De afhandeling van de risicoverevening zal, zoals gebruikelijk, zorgvuldig plaats vinden. De definitieve afrekening over 2015 vindt plaats over enkele jaren. Tegen die tijd zullen de declaraties volledig zijn. De eerste voorlopige afrekening over 2015 zal in de zomer van dit jaar gebeuren. Deze zal naar verwachting dus ook nog niet volledig zijn op het punt van declaraties GGZ en MSZ.

Vraag 288
Op basis waarvan is vast te stellen dat de onderschrijding op de ggz het gevolg is van de «succesvolle werking» van het gesloten akkoord?

Antwoord 288:
Tot en met 2012 was er sprake van overschrijdingen in de geneeskundige ggz. In het ggz akkoord zijn groeiafspraken gemaakt om de stijging van de zorguitgaven te temperen. Sindsdien laten de realisatiecijfers een kentering zien. Het is zeer waarschijnlijk dat het hoofdlijnenakkoord hier mede aan heeft bijgedragen.

Vraag 289

Is er zicht op de substitutie die heeft plaatsgevonden van zorg uit de curatieve ggz naar de poh-ggz?

Antwoord 289:
In de Marktscan GGZ 2015 deel A (Kamerstuk 25 424, nr.315), die ik u op 25 mei 2016 heb toegezonden, constateert de NZa dat er sprake is van een grote stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ, en in 2014 een daling van 20% van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ. De vraag in hoeverre er bij de POH-GGZ substitutie heeft plaatsgevonden vanuit de curatieve GGZ, kan hiermee echter niet beantwoord worden. Dit komt omdat de groei van het aantal patiënten bij de POH-GGZ en de krimp van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ niet betekent dat de patiënten die nu door de POH-GGZ worden gezien, anders in de gespecialiseerde GGZ behandeld zouden zijn. Ook los van verschuiving kan er sprake zijn van hogere instroom in het ene echelon en lagere instroom in het andere.

De monitor generalistische basis-ggz, die KPMG voor VWS uitvoert, biedt ook gedeeltelijk inzicht, door patiëntenaantallen en uitgaven door de jaren heen te tonen. In december 2015 is de meest recente versie van deze monitor naar de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150). Deze versie betreft nog een regionaal beeld. Voor de zomer zal ik uw Kamer een nieuwe versie van deze monitor, met landelijke cijfers over 2014 en regionale cijfers over 2015 sturen. Echter, ook deze monitor zal geen volledig inzicht bieden in de daadwerkelijke substitutie van curatieve ggz naar poh-ggz.

Om te kunnen bepalen of patiënten daadwerkelijk verschuiven, kun je op patiëntniveau analyses uitvoeren. De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse ggz-segmenten nader te onderzoeken, met ook analyses op patiëntniveau. Een belangrijke vraag hierbij is in hoeverre er daadwerkelijk substitutie heeft plaatsgevonden vanuit de curatieve ggz naar de poh-ggz bij de huisartsen. Het onderzoek zal in de loop van 2017 beschikbaar komen.

Vraag 290
Is er zicht op waar de onderschrijding bij de ggz specifiek in is gaan zitten? Zo ja, kunt u hiervan een overzicht geven; uitgesplitst naar instellingszorg en ambulante voorzieningen?

Antwoord 290:
Onderbouwde verklaringen van de onderschrijdingen zijn lastig te geven. De onderschrijdingen zouden kunnen samenhangen met de substitutie naar de POH-ggz (onder huisartsenkader), de verschuiving van specialistische ggz naar de generalistische basis ggz, en de scherpere inkoop van zorgverzekeraars.

Vraag 291
Is er ook sprake van een volumedaling van de geleverde hoeveelheid zorg binnen de ggz?

Antwoord 291:
Gezien alle wijzigingen in de verschillende ggz segmenten is het moeilijk om hier een antwoord op te geven. In de Marktscan GGZ 2015 deel A (die ik u op 25 mei 2016 heb toegezonden, (Kamerstuk 25 424, nr. 315), constateert de NZa dat er sprake is van een grote stijging van het aantal patiënten bij de POH-GGZ, en in 2014 een daling van 20% van het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ. De NZa concludeert dat de aantallen patiënten in de verschillende ggz-segmenten in lijn zijn met de gewenste veranderingen (meer POH-ggz, verschuiving van gespeciali-

seerde ggz naar generalistische basis ggz, minder bedden). De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse segmenten van de ggz nader te onderzoeken. Het onderzoek zal in de loop van 2017 beschikbaar komen.

Vraag 292
Wat is volgens u de definitie van «succesvolle werking» in het geval van de onderschrijding op de ggz?

Antwoord 292:
«Succesvolle werking» heeft betrekking op het feit dat in het algemeen de uitgavengroei door de akkoorden is ingeperkt. Voor de ggz is sprake van een onderschrijding van het beschikbare budgettaire kader. De in de akkoorden beoogde substitutie naar de POH-ggz en de verschuiving van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz zouden hieraan bijgedragen kunnen hebben. De cijfers uit de Marktscan GGZ 2015 deel A, die ik u op 25 mei 2016 heb toegezonden (Kamerstuk 25 424, nr. 315), lijken dit te beamen. In de Marktscan concludeert de NZa dat de ontwikkelingen van de aantallen patiënten in de verschillende ggz-segmenten in lijn zijn met de gewenste veranderingen (meer POH-ggz, verschuiving van gespecialiseerde ggz naar generalistische basis ggz, minder bedden). De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse segmenten van de ggz nader te onderzoeken. Een belangrijke vraag daarbij is volgens de NZa in hoeverre er substitutie heeft plaats gevonden naar de POH-ggz vanuit de gespecialiseerde ggz.

Vraag 293
Waarom zijn de verrekenbedragen uit het transitiemodel voor de jaren 2012 en 2013 in dit jaarverslag anders dan in het jaarverslag van 2014 (Kamerstuk 34 200 XVI, nr. 1)? Wanneer is dit aan de Kamer gemeld?

Antwoord 293:
De in het jaarverslag 2014 opgenomen verrekenbedragen waren gebaseerd op een brief van de NZa, die met mijn brief over het macrobeheersmodel instellingen medisch specialistische zorg 2012 en 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 282 d.d. 31 maart 2015) aan de Tweede Kamer is verzonden. Zoals de NZa in haar brief aangeeft, was op dat moment de definitieve vaststelling van de verrekenbedragen nog niet afgerond. Gelet op de besluitvorming over de overschrijdingen over instellingen van medisch specialistische zorg 2012 en 2013 heeft de NZa de stand per eind februari 2015 gerapporteerd. Daarbij heeft de NZa een raming opgenomen voor instellingen die nog niet (compleet) hadden aangeleverd, instellingen die nog niet alle vragen beantwoord hadden of waarvan de aanvraag nog in behandeling was, en instellingen waarvoor een bezwaarprocedure tegen de voorlopige vaststelling liep. Bovendien gold dat voor revalidatie-instellingen de definitieve vaststelling van de verrekenbedragen voor 2013 en 2014 in de zomer van 2015 zou plaatsvinden.

Dit voorjaar heb ik bij de NZa navraag gedaan naar de actuele cijfers. Deze cijfers zijn betrokken bij de besluitvorming over de overschrijding 2013, waarover ik u heb bericht met mijn brief van 29 april 2016, en zijn opgenomen in het VWS-jaarverslag 2015. Overigens geldt ook voor deze cijfers dat ze nog niet definitief zijn, bijvoorbeeld omdat in een aantal gevallen nog sprake is van bezwaar en beroep.

Vraag 294
Wat is het beschikbare macrokader 2016 dat overblijft na alle verrekeningen van de overschrijdingen in 2012 en 2013? Hoeveel lager is dit dan oorspronkelijk begroot?

Antwoord 294:
Het beschikbare macrobedrag medisch-specialistische zorg 2016 heb ik eind november 2015 vastgesteld op € 21.049,0 miljoen. Dit bedrag is op prijsniveau 2015, dus exclusief loon- en prijsbijstelling 2016. Volgens de eerste suppletoire begroting 2016 die onlangs aan de Tweede Kamer is aangeboden gaat het daarbij voor de medisch-specialistische zorg om een bedrag van € 244,7 miljoen.

Op het mbi-kader voor het jaar 2016 is een bedrag van € 70 miljoen in mindering gebracht als gevolg van de besluitvorming over de overschrijding 2012; zie hiervoor mijn brief van 31 maart 2015, Kamerstuk 29 248, nr. 282. De besluitvorming over de overschrijding 2013 leidt tot een korting op het mbi-kader voor het jaar 2017; zie daarover mijn brief van 29 april 2016.

Vraag 295
Hoe groot is de resterende onzekerheid in de schadelastcijfers over het jaar 2014 bij de instellingen voor medisch-specialistische zorg? Wat veroorzaakt deze onzekerheid?

Antwoord 295:
De resterende onzekerheid in de schadelastcijfers over het jaar 2014 bij de instellingen voor medisch-specialistische zorg kan niet exact worden gekwantificeerd. Op basis van de opgave van het Zorginstituut die is gebruikt voor de opstelling van het jaarverslag 2015 is op diverse posten nog sprake van bijschattingen van verzekeraars op de feitelijk ontvangen en geaccepteerde declaraties. In sommige gevallen gaat het om een opwaartse bijstelling van de raming, in andere gevallen om een neerwaartse bijstelling. Het saldo van deze bijstellingen (de zogenaamde balansposten) is circa 0%, maar daaruit kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat de totale schadelast niet meer zal wijzigen. De onzekerheid hangt samen met het langdurige declaratieproces. Naar verwachting zal de in 2015 doorgevoerde verkorting van de dbc-doorlooptijden in de medisch-specialistische zorg leiden tot een versnelling van het declaratieproces.

Vraag 296
Hoeveel kunnen de definitieve realisatiecijfers van de medisch-specialistische zorg en ggz afwijken van de voorlopige realisatiecijfers?

Antwoord 296:
Zie voor de msz het antwoord op vraag 295. Het daar gegeven antwoord geldt ook voor de geneeskundige ggz. Het percentage balanspost voor 2014 bij de ggz was ten tijde van jaarverslag 14%.

Vraag 297
Waarom zijn er geen cijfers voor 2014 voor de instellingen voor medisch-specialistische zorg, exclusief transitiebedrag?

Antwoord 297:
De gevraagde cijfers zijn opgenomen in tabel 9A in paragraaf 3.13 (Zorgakkoorden) van het Financieel Beeld Zorg in het VWS-jaarverslag 2014. Het mbi-kader 2014 voor de MSZ bedraagt € 18.588 miljoen. De thans bekende uitputting bedraagt € 18.532 miljoen. Daarmee is sprake van een onderschrijding van € 56 miljoen. Het aandeel van de verrekenbedragen uit het transitiemodel daarin bedraagt € 42 miljoen. Voor 2012 en 2013 is besloten om de overschrijding te corrigeren voor de verrekenbedragen, voor 2014 is nog geen besluit benomen. Exclusief de verrekenbedragen bedraagt de onderschrijding 2014 € 98 miljoen.

Vraag 298
Wat is de verklaring voor het in 2015 sterk afgenomen aantal mensen met een Wlz-indicatie vergeleken met het aantal mensen met een AWBZ-indicatie in 2014?

Antwoord 298:
Het overgrote deel van de cliënten die in 2014 een intramurale AWBZ-indicatie hadden, komt in 2015 in aanmerking voor zorg uit de Wlz. Dit zijn circa 280 duizend cliënten. Circa 45 duizend cliënten die in 2014 een intramurale indicatie hadden, zijn met ingang van 1 januari 2016 aangewezen op zorg uit de Jeugdwet of de Wmo. Het gaat om cliënten jonger dan 18 jaar met een psychiatrische beperking, jeugdigen die zijn aangewezen op een LVG-behandelplaats en cliënten met verstandelijke beperking met een laag pakket (VG1, 2 of 3). Bij de volwassenen gaat het om de cliënten die beschermd wonen in de GGZ en vanaf 1 januari 2015 hun hulp ontvangen via de Wmo (de GGZ-C-pakketten).
In 2014 hadden 478 duizend cliënten een extramurale AWBZ-indicatie. Het overgrote deel van deze cliënten is per 1 januari 2015 aangewezen op zorg vanuit de Jeugdwet, de Wmo en de Zvw. Alleen voor de groep Wlz-indiceerbaren zijn met een extramurale indicatie in de Wlz gebleven.

Vraag 299
Wat is de verklaring voor het in 2015 sterk afgenomen aantal mensen met een pgb-Wlz vergeleken met het aantal mensen met een pgb-AWBZ in 2014?

Antwoord 299:
Het merendeel van de pgb-houders had in 2014 een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg. Het overgrote deel van deze extramuraal geïndiceerde cliënten is per 1 januari 2015 aangewezen op zorg vanuit de Jeugdwet, de Wmo en de Zvw. Ook een deel van de budgethouders met een AWBZ-verblijfsindicatie ontvangt na 1 januari 2015 geen pgb meer vanuit de Wlz. Het gaat met name om pgb-houders jonger dan 18 jaar met een psychiatrische beperking of met een verstandelijke beperking en een laag zzp (VG1, 2 of 3). Bij de volwassenen gaat het om de budgethouders die een GGZ-C indicatie hadden.

Vraag 300
Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestonden in 2015 wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 300:
In de bijlage treft u voor de intramurale ouderenzorg gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst per locatie (AGB-code), gebaseerd op de situatie van 1 november 2015.
De bijlage bestaat uit de volgende onderdelen:
1. Actief wachtend binnen de Treeknorm zonder zorg.
2. Actief wachtend binnen de Treeknorm met zorg.
3. Actief wachtend buiten de Treeknorm zonder zorg.
4. Actief wachtend buiten de Treeknorm met zorg.
5. Niet-actief wachtend zonder zorg + verdeling over zorgaanbieders.
6. Niet-actief wachtend met zorg + verdeling over zorgaanbieders.

Vraag 301
Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestonden in 2015 wachtlijsten, en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 301:

In de bijlage treft u voor de intramurale gehandicaptenzorg gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst per locatie (AGB-code), gebaseerd op de situatie van 1 november 2015[9]. De bijlage bestaat uit de volgende onderdelen:
1. Actief wachtend binnen de Treeknorm zonder zorg.
2. Actief wachtend binnen de Treeknorm met zorg.
3. Actief wachtend buiten de Treeknorm zonder zorg.
4. Actief wachtend buiten de Treeknorm met zorg.
5. Niet-actief wachtend zonder zorg + verdeling over zorgaanbieders.
6. Niet-actief wachtend met zorg + verdeling over zorgaanbieders.

Vraag 302
Voor hoeveel locaties in de intramurale ggz bestonden in 2015 wachtlijsten, en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 302:
In de bijlage treft u voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst per locatie (AGB-code), gebaseerd op de situatie van 1 november 2015[10]. De bijlage bestaat uit de volgende onderdelen:
1. Actief wachtend binnen de Treeknorm zonder zorg.
2. Actief wachtend binnen de Treeknorm met zorg.
3. Actief wachtend buiten de Treeknorm zonder zorg.
4. Actief wachtend buiten de Treeknorm met zorg.
5. Niet-actief wachtend zonder zorg + verdeling over zorgaanbieders.
6. Niet-actief wachtend met zorg + verdeling over zorgaanbieders.

Vraag 303
Hoeveel mensen stonden in 2015 op een wachtlijst voor zorg thuis, wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord 303:
Gedurende 2015 heeft het Zorginstituut maandelijks een wachtlijst gepubliceerd op de site www.istandaarden.nl. Op basis van deze standen is de gemiddelde omvang per maand berekend voor verpleging en verzorging thuis (extramuraal). Gemiddeld stonden er per maand 125 personen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging thuis.

In de publicatie van het Zorginstituut is aangegeven wat de duur van de wachttijd is. De wachttijden zijn als volgt geclassificeerd:
- 0–6 weken,
- 6–13 weken,
- 3–6 maanden
- 6–12 maanden
- > 12 maanden.

Per sector en per extramurale functie is elke maand gedetailleerd aangegeven hoeveel personen op de wachtlijst staan en in welke klasse zij vallen. Het minimum betreft 0 weken, het maximum meer dan 12 maanden. Het is niet goed mogelijk om op basis hiervan een gemiddelde wachttijd te bepalen.
Wel is het mogelijk een inzicht te geven in de wachttijden per maand. Ter illustratie hierbij de wachttijden van de cliënten die in november 2015 op de wachtlijst stonden (zie www.istandaarden.nl).

---

[9] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[10] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Wachtlijst november 2015		Wachttijd					
Sector V&V voor zorg thuis (extramuraal)		0–6 weken	6–13 weken	3–6 maanden	6–12 maanden	> 12 maanden	Totaal
Actief wachtend	Geen zorg		1	1	4	0	6
Actief wachtend	Wel zorg		2	3	1	2	8
Niet-actief wachtend	geen zorg	40	14	9	6	4	73
Niet-actief wachtend	wel zorg	6	6	2	8	0	22
	totaal	46	23	15	19	6	109

Vraag 304
Hoeveel organisaties hebben een cliëntenstop aangekondigd in 2015? Welke organisaties zijn dit, en wat zijn de redenen die zij daarvoor aan hebben gedragen?

Antwoord 304:
Ik heb geen inzicht of er zorgaanbieders zijn die een cliëntenstop hebben afgekondigd. Daarvan wordt geen landelijke registratie bijgehouden.

Vraag 305
Hoe zien de wachtlijsten er uit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord 305:
De wachtlijst (stand 1 mei 2016) treft u aan in de bijlage[11]. Deze is ook te raadplegen op de site van het Zorginstituut: www.istandaarden.nl/

Vraag 306
Hoeveel pgb's worden jaarlijks afgegeven, uitgesplitst naar de vier zorgdomeinen (Wlz, Wmo2015, Jeugdwet en Zvw)? Kunt u een overzicht geven van het aantal pgb's sinds 2006 tot en met heden?

Antwoord 306:
Hieronder treft u het aantal pgb's voor de vier zorgdomeinen (Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw) per 31 december 2015. Doordat sinds 2015 combinaties van een gemeentelijk en Zvw pgb mogelijk zijn, is het totaal aantal budgethouders lager dan de optelsom van de budgethouders per domein.

Aantal budgethouders per domein op 31-12-2015[1]	
Wlz	32.500
Zvw	23.842
Wmo 2015	82.139
Jeugdwet	25.933

[1] Bronnen: NZa (Wlz), zorgverzekeraars (Zvw) en SVB (Wmo 2015 en Jeugdwet)

Het aantal verzekerden met een pgb-AWBZ in de periode 2006–2014 is opgenomen in onderstaande tabel.

Aantal budgethouders AWBZ (ultimo jaar)[1]	
2006	94.740
2007	89.771
2008	108.998
2009	118.284

[11] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Aantal budgethouders AWBZ (ultimo jaar)[1]	
2010	120.572
2011	138.682
2012	128.707
2013	121.913
2014	119.184

[1] Bron: Zorginstituut Nederland

Vraag 307
Hoeveel mensen die gebruik maken van Wlz-zorg of Wmo-ondersteuning betalen de maximale hoogte van de eigen bijdrage?

Antwoord 307:
In de Wlz betaalt circa 5% van de cliënten de maximale hoogte van de eigen bijdrage. Voor de Wmo 2015 geldt dat circa 80% de maximale periodebijdrage per vier weken betaalt voor een maatwerkvoorziening. Circa 20% betaalt de feitelijke kostprijs van de Wmo-voorziening of dienst per vier weken, aangezien de werkelijke kosten bij deze huishoudens lager zijn dan de van toepassing zijnde maximale periodebijdrage.

Vraag 308
Kunt u inzicht bieden in het al dan niet verhogen van de ZZP-indicatie van mensen in de Wmo na herbeoordeling door gemeenten, zodat zij aanspraak kunnen maken op zorg in de Wlz?

Antwoord 308:
Het CIZ stelt aan de hand van een daartoe door de cliënt gedane aanvraag objectief vast of deze cliënt toegang heeft tot de Wlz. De criteria die het CIZ hanteert bij de beoordeling en in welk profiel iemand het beste past zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. Het college bepaalt op basis van een aanvraag van een cliënt of iemand is aangewezen op ondersteuning in het kader van de Wmo 2015. Beide wetten kennen een apart beoordelingskader. Het college kan derhalve geen beschikking afgeven waarmee een cliënt aanspraak kan maken op zorg in de Wlz. Daar waar is vastgesteld dat zorg en ondersteuning geboden zijn en de betreffende persoon niet in aanmerking komt of is gekomen voor een Wlz-indicatie, zijn zorgverzekeraar en gemeente aan zet om deze zorg en ondersteuning te (blijven) leveren.

Vraag 309
In tabel 10 staat dat ultimo 2014 326.000 personen een AWBZ-indicatie met verblijf hadden. Hoeveel verzilverden daarvan hun indicatie? Ultimo 2015 hadden 279.000 personen een Wlz-indicatie. Hoeveel verzilverden daarvan hun indicatie? Hoe verhoudt deze daling zich met de meeruitgaven voor de Wlz in 2015?

Antwoord 309:
Ultimo 2014 hadden 326.000 een verblijfsindicatie van het CIZ en daarnaast hadden nog 3.000 cliënten een verblijfsindicatie van één van de Bureaus Jeugdzorg. Op basis van gegevens van het CAK en pgb-gegevens van Vektis heeft het CBS een tabel [12] opgesteld van de gekozen leveringsvormen. Van de 18-plussers was 76% opgenomen, 12% had extramurale zorg en 8% had een pgb.

[12] http://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2016/zorggebruik-bij-indicatie-zmv-of-zzv-ingedeeld-naar-nieuw-zorgstelsel

Hoeveel cliënten hun indicatie niet gebruiken is op dit moment niet precies te herleiden. Dit komt omdat de gebruiksgegevens van de 18-minners niet beschikbaar zijn, en de groepen elkaar niet uitsluiten. Er zijn cliënten die zowel pgb als naturazorg hebben. Ultimo 2015 zijn er 279.000 cliënten met een Wlz-verblijfsindicatie (dit aantal is exclusief de Wlz-indiceerbaren en de cliënten met een indicatie voor eerstelijnsverblijf). Het CBS heeft nog geen volledige gegevens over het gebruik van deze cliënten beschikbaar.

Het voornemen is om met ingang van het peilmoment 1 januari 2016 op basis van de cijfers van het Zorginstituut overzichten op te stellen van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie en de gekozen leveringsvormen. Op basis daarvan is af te leiden hoeveel cliënten met een indicatie op het peilmoment geen zorg vanuit de Wlz ontvangen.

Het feit dat het aantal Wlz-cliënten met een verblijfsindicatie in de Wlz lager is dan in de AWBZ is te verklaren door de overhevelingen in verband met de hervorming van de langdurige zorg per 1 januari 2015. Hiermee is rekening gehouden bij de uitgavenramingen. Het saldo van de mee- en tegenvallers (de € 22,9 miljoen uit Tabel 11) is het gevolg van een herberekening op basis van meer actuele gegevens en een herverdeling tussen de verschillende domeinen. Deze post staat dus los van een verandering van het aantal cliënten gebruikers van Wlz-zorg.

Vraag 310
Kunt u per ZZP in alle categorieën aangeven hoeveel er in 2015 zijn afgegeven, en hoeveel indicaties voor alle ZPP's in 2014 zijn afgegeven?

Antwoord 310:
Het CIZ heeft in paragraaf 4.1 van de kwartaalrapportage 2015 Q1 tot en met Q4 gerapporteerd over het aantal door het CIZ genomen besluiten dat toegang heeft gegeven tot intramurale zorg in 2014 en 2015. Het gaat hierbij zowel om eerste indicaties als om herindicaties. In de rapportage zijn de volgende aantallen opgenomen:

	LG	V&V	VG
2014	9.394	114.425	22.481
2015	5.249	92.519	14.217

Voor een uitsplitsing op het niveau van het zorgprofiel verwijs ik u naar tabel 4.2 van de rapportage. De rapportage treft u aan op:
https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/kwartaalrap_VWS_landelijk_Q1_Q4_2015.pdf

Vraag 311
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wmo, uitgesplitst in thuiszorg, dagbesteding, begeleiding, beschermd wonen en hulpmiddelen (en/of een combinatie hiervan)?

Antwoord 311:
Er is geen landelijk totaalbeeld van aantallen cliënten die gebruik maken van ondersteuning op grond van de Wmo 2015. Dit komt doordat er geen zicht is op het aantal cliënten dat ondersteuning krijgt in de vorm van een algemene voorziening en het aantal cliënten waarbij huishoudelijke verzorging of begeleiding onderdeel uitmaakt van resultaatfinanciering of een arrangement. Wel bestaat op landelijk niveau inzage in het aantal cliënten met ondersteuning in de vorm van een maatwerkvoorziening waarvoor het CAK een eigen bijdrage int mits dit apart geregistreerd

wordt. Het CAK beschikt bijvoorbeeld niet over een aparte registratie van de eigen bijdrage voor hulpmiddelen en niet over aantallen cliënten beschermd wonen van vóór 2015.

Onderstaand overzicht laat het aantal cliënten zien dat gebruik maakt van huishoudelijke verzorging, individuele begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen. Een opletpunt is dat cliënten van meerdere vormen van ondersteuning gebruik kunnen maken. De aantallen kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

	eenheid	2013	2014	2015
Huishoudelijke hulp[1]	1.000	414,1	378,6	n.n.b.
Individuele begeleiding[2]		156,6	151,9	155,6
Dagbesteding[2]		97,6	91,9	68,2
Beschermd wonen[2]				15,1

[1] Bron: Jaarverslag, tabel 10 kerncijfers AWBZ/Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet p 173–174.
Het gaat hierbij huishoudelijke verzorging geleverd als maatwerkvoorziening.
[2] Bron: aantallen 2015 CAK maart 2016 en aantallen 2013 en 2014 CAK februari 2014.
Het gaat hierbij om begeleiding en beschermd wonen dat wordt geleverd als maatwerkvoorziening.

Vraag 312
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz in de jaren 2015 en 2016?

Antwoord 312:
Eind 2015 zijn er volgens de gegevens van het CIZ 279.000 cliënten met een verblijfsindicatie. Dit aantal is exclusief de ca. 5000 cliënten met een indicatie voor eerstelijnsverblijf. Van de 279.000 cliënten is 71% opgenomen in de instelling. Daarnaast zijn er nog 12.000 Wlz-indiceerbaren die op grond van een extramurale indicatie in 2015 en 2016 toegang hebben tot de Wlz. Het gaat hier om cliënten die thuis wonen. Er zijn op dit moment nog geen gegevens beschikbaar over het eerste kwartaal van het jaar 2016.

Vraag 313
Wat is de oorzaak van de hogere toestroom in het pgb?

Antwoord 313:
De hoger dan verwachte toestroom in de laatste maanden van 2014 heeft geen aanwijsbare oorzaak. Ramingen zijn altijd met enige onzekerheid omgeven. Deze cliënten deden in 2014 slechts gedurende de laatste maanden van het jaar een beroep op pgb, hetgeen binnen het beschikbare pgb-plafond voor 2014 was op te vangen. Voor 2015 geldt dat zij een pgb krijgen voor een geheel jaar. Daardoor valt het beroep op het pgb-plafond in 2015 hoger uit. Met betrekking tot de Wlz-indiceerbaren was een te groot deel van de zorgmiddelen toegedeeld aan de contracteerruimte voor zorg in natura en een te klein deel aan het pgb-kader. Dit is in de loop van 2015 gecorrigeerd.

Vraag 314
Wat is de oorzaak van de € 150 miljoen minder aan opbrengsten van het extramuraliseren?

Antwoord 3174:
Uit realisatiecijfers over de ontwikkeling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector blijkt dat de extramuralisering in 2014 minder snel is gegaan dan verwacht. Dit heeft in 2015 geleid tot een hoger dan verwacht beroep

op de Wlz (€ 0,15 miljard). Het langzamere tempo van extramuralisering houdt in dat cliënten langer dan verwacht in een instelling verblijven.

Vraag 315
Waar komt de onderuitputting contracteerruimte Wlz van € 22.9 miljoen vandaan?

Antwoord 315:
De contracteerruimte liet de afgelopen jaren bij de nacalculatie een onderuitputting zien van circa 1%. Het kabinet heeft vooruitlopend op deze nacalculatie een bedrag van € 22,9 miljoen aan verwachte onderuitputting ingezet als dekking voor extra zorguitgaven in verband met dagbesteding voor kinderen in de Wlz.

Vraag 316
Welke kosten horen er bij de pgb's per jaar per zorgdomein?

Antwoord 316:
Op grond van de voorlopige realisaties van de NZa over 2015 komen de pgb-uitgaven in de Wlz uit op € 1.236,3 miljoen. Op basis van voorlopige realisaties van Vektis is in de Zvw in 2015 voor circa € 300 miljoen aan wijkverpleegkundige zorg via een pgb geleverd.
Er is op dit moment geen zicht op de uitgaven 2015 voor pgb's bekostigd vanuit de Wmo 2015 en de Jeugdwet. De SVB zal de afrekening met gemeenten en zorgkantoren per 1 juli afronden. Volledigheidshalve dient te worden gemeld dat de beschikbare middelen behorend bij de Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw niet zijn geoormerkt. Gemeenten en verzekeraars hebben binnen de wettelijke kaders beleids- en bestedingsvrijheid wat betreft de inzet van een pgb.

Vraag 317
In tabel 11 wordt gesproken over extramuraliseringseffecten van de zzp4. Betreft dit alleen de zzp 4 V&V? Wat was het cijfermatige extramuraliseringsdoel en in welke mate is deze niet gehaald? Kunt u in het antwoord de verschillende bestaande zzp's in 2014 en in 2015 meenemen? Wat bedoelt u met afbakeningsknelpunten bij deze post?

Antwoord 317:
In de ontwerpbegroting 2016 is de Wlz-raming vanaf 2015 bijgesteld in verband met de verwachte effecten van extramuralisering. Het betrof hierbij twee effecten. Enerzijds was er sprake van een langzamer tempo van extramuralisering van de lage zzp's (1–3) in 2014. Dit betekent dat cliënten langer dan verwacht in een instelling blijven, waardoor de intramurale Wlz-uitgaven hoger uitvallen. Het Wlz-budget is hiervoor in 2015 met € 150 miljoen verhoogd. De mutatie in het jaarverslag heeft alleen op de ontwikkeling van deze groep lage zzp's (1–3) betrekking. Abusievelijk is in de toelichting bij het jaarverslag vermeld dat deze mutatie anderzijds ook samenhangt met de inzet van extra middelen om afbakeningsknelpunten voor ouderen met zzp 4 in de Wlz op te lossen. De inzet van deze middelen was in de begroting 2016 echter pas nodig vanaf het jaar 2016. In het regeerakkoord was namelijk afgesproken dat nieuwe cliënten per 1 januari 2016 geen aanspraak meer zouden kunnen maken op een intramuraal verblijf op basis van V&V4. Het kabinet heeft deze maatregel eerst verzacht (in het zorgakkoord 2013) en vervolgens geschrapt (in het zorgakkoord 2014). Dat betekent dat deze cliënten ook vanaf 2016 gewoon toegang houden op een plaats in een verpleeg- of verzorgingshuis in de Wlz.
In 2014 en 2015 maakten circa 25 duizend cliënten met een indicatie voor V&V gebruik van intramuraal verblijf of een volledig pakket thuis. In de begroting 2016 zijn vanaf het jaar 2016 extra middelen beschikbaar

gesteld om ervoor te zorgen dat er structureel voldoende middelen blijven in de Wlz voor bestaande en nieuwe cliënten met deze zorgzwaarte. In onderstaande tabel is de meerjarige mutatie in verband met extramuralisering uit de ontwerpbegroting 2016 opgedeeld naar de effecten van het langzamere afbouwtempo van de lage zzp's (vanaf 2015) en de oploop van de extra structurele middelen voor zzp4 in de Wlz (vanaf 2016).

bedragen x € 1 miljoen	2015	2016	2017	2018	2019
1) Langzamer tempo zzp's 1–3	150	202	173	104	35
2) Extra middelen zzp4	0	57	165	274	274
3) Extramuraliseringseffecten zzp's 1–3 en zzp4 (1+2)	150	259	338	378	309

Vraag 318
De nacalculeerbare kapitaallasten laten een (beperkte) meevaller zien, wat is hiervan de reden?

Antwoord 318:
De raming van de nacalculeerbare kapitaallasten is met enige onzekerheid omgeven. Het is dus niet aanwijsbaar waar deze meevaller precies mee samenhangt. Daarbij geldt dat de aanvaardbare kapitaallasten worden bepaald op basis van een beleidsregel van de NZa die rekening houdt met een groot aantal kostenposten van zorgaanbieders, waaronder het aantal bezette plaatsen, afschrijvingen, rente, huur, erfpacht, onderhoud en inventariskosten. Uit de voorlopige realisatiegegevens van de NZa is gebleken dat deze kapitaallasten per saldo een meevaller laten zien van € 45 miljoen in 2015.

Vraag 319
De kapitaalslasten zullen vanaf 2018 volledig in de ZZP-tarieven worden verwerkt. Hoe kan dit? Komen de ZZP-tarieven niet te vervallen?

Antwoord 319:
Per 2018 is er sprake van een integraal tarief waarin de kapitaallasten en de zorgkosten één tarief per zorgzwaartepakket zullen vormen. Het aparte NHC-tarief komt daarmee te vervallen.

Vraag 320
De daling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector is in 2014 minder snel gegaan dan verwacht. Wordt hier niet gewoon mee bedoeld, dat mensen niet snel genoeg dood gegaan zijn?

Antwoord 320:
Nee. Er wordt bedoeld dat meer mensen dan was geraamd met een laag zorgzwaartepakket (V&V) in een instelling verbleven. Daarvoor zijn extra middelen beschikbaar gesteld.

Vraag 321
Hoeveel mensen hebben er op dit moment nog een ZZP 1 indicatie?

Antwoord 321:
Op 1 januari 2016 hadden 1.627 personen een ZZP 01 VV indicatie (bron: CIZ).

Vraag 322
Hoeveel mensen hebben er op dit moment nog een ZZP 2-indicatie?

Antwoord 322:
Op 1 januari 2016 hadden 5.369 personen een ZZP 02 VV indicatie (bron: CIZ).

Vraag 323
Hoeveel mensen hebben er op dit moment nog een ZZP 3-indicatie?

Antwoord 323:
Op 1 januari 2016 hadden 10.374 personen een ZZP 03 VV indicatie (bron: CIZ).

Vraag 324
Er is een hoger dan verwachte toestroom van budgethouders in de laatste maanden van 2014 en een groter beroep op pgb-middelen door de groep Wlz-indiceerbaren dan verwacht. Wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord 324:
Zie het antwoord op vraag 313.

Vraag 325
Hoeveel extra middelen zijn er beschikbaar gesteld om afbakeningsknelpunten voor ouderen met ZZP 4 in de Wlz op te lossen, en waar zijn deze middelen aan besteed?

Antwoord 325:
Zie het antwoord op vraag 317.

Vraag 326
Hoeveel bewoners hebben (gedwongen) moeten verhuizen door de maatregel om ZZP 1 en 2 te extramuraliseren? Wat is de oorzaak dat deze extramuralisering anders loopt dan was voorspeld?

Antwoord: 326
Mij zijn geen cijfers bekend over verhuizingen of de achtergrond daarvan. De oorzaak van het andere tempo van extramuralisering is dat meer mensen met een geldige indicatie dan verwacht, gebruik maken van een plaats in een instelling. De beweegredenen zullen van geval tot geval verschillen. Verhuizingen in verband met de renovatie van een gebouw of het afstoten van een verouderd gebouw zijn overigens van alle tijden. Bewoners met een geldige indicatie houden altijd recht op zorg.

Vraag 327
Wat waren de prijzen van de zorgzwaartepakketten in 2015?

Antwoord 327:

ZZP-Prijzen per jaar				
ZZP-V&V	**Incl. dagbesteding**	**Instelling is toegelaten voor behandeling**		
1	€ 24.346			
2	€ 31.036			
3	€ 37.851	€ 47.056		
4	€ 42.796	€ 52.239		
5	€ 58.736	€ 68.660		
6	€ 58.845	€ 68.773		
7	€ 69.131	€ 81.928		
8	€ 80.672	€ 93.466		
9	€ 57.254	€ 81.545		
10	€ 88.268	€ 101.076		
ZZP-GGZ	**Geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding**		
1	€ 28.302	€ 36.993		
2	€ 41.741	€ 49.666		
3	€ 45.446	€ 54.352		
4	€ 52.396	€ 61.780		
5	€ 56.644	€ 66.200		
6	€ 76.891	€ 86.677		
7	€ 102.561	€ 117.921		
ZZP-VG	**Geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding**	**Instelling is toegelaten voor behandeling, geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding en instelling is toegelaten voor behandeling**
1	€ 24.346	€ 37.712		
2	€ 30.624	€ 43.625		
3	€ 35.938	€ 48.939	€ 41.767	€ 54.768
4	€ 40.818	€ 53.827	€ 47.268	€ 60.272
5	€ 49.257	€ 67.051	€ 57.524	€ 75.318
6	€ 46.698	€ 64.477	€ 55.290	€ 73.077
7	€ 60.619	€ 90.699	€ 71.080	€ 101.152
8	€ 58.882	€ 76.676	€ 67.145	€ 84.936
ZZP-LG	**Geen dagbesteding**	**Incl. Dagbesteding**	**Instelling is toegelaten voor behandeling, geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding en instelling is toegelaten voor behandeling**
1	€ 32.784	€ 48.826		
2	€ 43.552	€ 58.163		
3	€ 38.172	€ 54.213	€ 49.545	€ 65.591
4	€ 44.238	€ 58.842	€ 55.805	€ 70.409
5	€ 49.133	€ 68.459	€ 65.769	€ 81.807
6	€ 57.586	€ 72.193	€ 72.850	€ 87.447
7	€ 64.353	€ 76.617	€ 78.355	€ 90.608

ZZP- SGLVG				
1	€ 124.932			
ZZP- LVG				
1	€ 51.556			
2	€ 66.426			
3	€ 81.964			
4	€ 96.411			
5	€ 95.969			
ZZP-ZG auditief	**Geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding**		
1	€ 45.475	€ 63.576		
2	€ 87.188	€ 110.391		
3	€ 99.959	€ 126.567		
4	€ 67.857	€ 85.954		
ZZP-ZG visueel	**Geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding**	**Instelling is toegelaten voor behandeling, geen dagbesteding**	**Incl. dagbesteding en instelling is toegelaten voor behandeling**
1	€ 25.970	€ 41.052		
2	€ 38.719	€ 51.290		
3	€ 47.450	€ 60.024	€ 54.867	€ 67.441
4	€ 60.313	€ 77.285	€ 69.095	€ 86.056
5	€ 66.357	€ 83.322	€ 76.668	€ 93.626

Bron: NZa beleidsregels

Vraag 328

Hoeveel huisbezoeken pgb hebben er in 2015 plaatsgevonden? Hoeveel van deze huisbezoeken hebben geleid tot procedures waarbij externe juridische hulp vereist was? Wat waren de resultaten van deze juridische procedures, en waarom waren deze nodig?

Antwoord 328:
Binnenkort ontvang ik van Vektis/ZN het rapport over de afgelegde huisbezoeken door zorgkantoren in 2015. Hierin wordt nader ingegaan op ervaringen van zorgkantoren met huisbezoeken. Deze zal ik uw Kamer zo snel mogelijk doen toekomen.

Vraag 329
Wat is de oorzaak van het lagere aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg dan eerder geraamd?

Antwoord 329:
Ramingen zijn altijd met enige onzekerheid omgeven. Het aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg wordt bepaald door de geïndiceerde zorg en de mate waarin cliënten voorkeur hebben voor intramurale zorg of voor zorg thuis met een vpt/mpt of pgb. Het inkoopbeleid van de zorgkantoren houdt nadrukkelijk rekening met de geïndiceerde zorg en het verwachte gebruik van intramurale zorg.

Vraag 330
Hoeveel cliënten waren er in 2014 en 2015 in de intramurale ouderenzorg? Welke aantallen waren geraamd voor 2014 en 2015?

Antwoord 330:
In 2014 bedroeg het aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg circa 139 duizend (50,9 miljoen dagen). Voor 2015 is de definitieve realisatie nog niet bekend. Zorgkantoren hebben productieafspraken gemaakt voor 130 duizend cliënten. Daarbij is rekening gehouden met de effecten van extramuralisering van lage zzp's. De definitieve realisatie over 2015 wordt bekend na afronding van de nacalculatie 2015. Deze gegevens worden

zoals gebruikelijk opgenomen in het jaarverslag 2016. De aantallen cliënten waarover in het jaarverslag wordt gerapporteerd, betreffen zogenoemde kerncijfers die een beeld geven van het gebruik van de langdurige zorg. Deze kerncijfers worden niet vooraf geraamd.

Vraag 331
Hoeveel cliënten waren er in 2014 en 2015 in de intramurale gehandicaptenzorg? Welke aantallen waren geraamd voor 2014 en 2015?

Antwoord 331:
In 2014 bedroeg het aantal cliënten in de intramurale gehandicaptenzorg circa 78 duizend (28,5 miljoen dagen). Voor 2015 is de definitieve realisatie nog niet bekend. Zorgkantoren hebben productieafspraken gemaakt voor 74 duizend cliënten. Daarbij is rekening gehouden met de effecten van extramuralisering van lage zzp's en de hervorming van de langdurige zorg. De definitieve realisatie over 2015 wordt bekend na afronding van de nacalculatie 2015. Deze gegevens worden zoals gebruikelijk opgenomen in het jaarverslag 2016. De aantallen cliënten waarover in het jaarverslag wordt gerapporteerd, betreffen zogenoemde kerncijfers die een beeld geven van het gebruik van de langdurige zorg. Deze kerncijfers worden niet vooraf geraamd.

Vraag 332
Hoeveel minder mensen maken gebruik van de Wmo 2015 en de Jeugdwet dan eerder verwacht?

Antwoord 332:
De verwachting over het aantal kinderen met een vorm van jeugdhulp was, vanwege het in 2015 geldende overgangsrecht, dat er nog geen grote verschuivingen zouden plaatsvinden in het aantal jeugdigen dat gebruik maakt van jeugdhulp.

In 2015 ontvingen 362.705 kinderen een vorm van jeugdhulp (bron: Jaarrapport 2015 CBS beleidsinformatie jeugd). De cijfers voor en 1 januari 2015 zijn niet goed te vergelijken door verschillen in definities en dubbeltellingen. Wanneer toch wordt vergeleken met de bij het CBS laatst bekende cijfers uit 2012, dan is sprake van een groei van 4%.

Hoeveel mensen in totaal meer of minder gebruik maken van de Wmo 2015 is onbekend. Er zijn zowel van voor 2015 als vanaf 2015 geen cijfers over het gebruik van algemene voorzieningen en er zijn geen gegevens over het gebruik van maatwerkvoorzieningen (voor 2015 individuele voorzieningen) waar geen eigen bijdrage voor wordt gevraagd.

Vraag 333
Kunt u een overzicht sturen met de totale inkomsten en uitgaven van de Wmo vanaf 2007 t/m 2015, met daarin de specifieke bezuinigingen die hebben plaatsgevonden op de Wmo?

Antwoord 333:
Onderstaande tabel bevat in plaats van de totale inkomsten en uitgaven het saldo van gemeenten voor het cluster Maatschappelijke zorg (MZ) voor de jaren 2007 tot en met 2015. Het gaat om de feitelijke netto inkomsten en uitgaven Wmo en Jeugd (voor 2015: de gezamenlijke clusters Maatschappelijke ondersteuning en Jeugd). Daarnaast zijn per jaar de specifieke bezuinigingen en bedragen ter compensatie opgenomen.

Jaartal	Saldo cluster MZ	Specifieke bezuinigingen Wmo 2015 (netto, € miljoen)	Compensatie Wmo 2015 (€ miljoen)
2007	– 31		
2008	66		
2009	108	– 30 (correctie bestuurlijke afspraak, septembercirculaire 2008)	
2010	224		
2011	180	– 50 (doelmatigheidswinst) – 77 (lager niveau uitgaven HH pgb n.a.v advies SCP)	
2012	191		16 (n.a.v. advies SCP)
2013	229		
2014	329		89 (Terugdraaien taakstelling HH, Zorgakkoord 2013)
2015	321	– 465 (Bijgestelde taakstelling HH, Zorgakkoord 2013) – 259 (Bijgestelde taakstelling BGL + cliëntondersteuning, Zorgakkoord 2013) – 15 (Verplicht hergebruik scootmobiel/rolstoel, Regeerakkoord 2012)	200 (Aanvullend budget, VNG akkoord 2013) 510 (Verzachting taakstelling HH, Zorgakkoord 2013) 195 (Compensatie, Begrotingsakkoord 2014) 129 (HHT, juli '14, motie Slob APB sept/14 en meicirc '15) 171 (Geen correctie realisatie AWBZ 2014, meicirc '15) 12 (Beschermd wonen, septembercirculaire 2015)

De saldobedragen zijn ontleend aan de jaarlijkse rapportages periodiek onderhoud gemeentefonds (POR), waarmee de Minister van BZK de verdeling van het gemeentefonds in het oog houdt. Met uitzondering van het jaar 2007 blijven de uitgaven achter bij de inkomsten. De vergelijking vindt plaats op clusterniveau omdat op het niveau van de Wmo 2015 geen bedragen aan inkomsten en uitgaven beschikbaar zijn die zich goed met elkaar laten vergelijken. Voorts geldt dat deze cijfers exclusief de G4 en de Waddeneilanden zijn omdat de bijdragen aan deze gemeenten grotendeels bestaan uit vaste delen. Daarom is de analyse voor een goede verdeling irrelevant voor deze gemeenten en zijn zij niet betrokken bij het onderzoek waaraan bovenstaande cijfers zijn ontleend.

Vraag 334
Kunt u een overzicht sturen met de totale inkomsten en uitgaven van de Wmo vanaf 2010 t/m 2015 met daarin een verwerking van alle gesloten zorgakkoorden?

Antwoord 334:
Zie het antwoord op vraag 333.

Vraag 335
Hoeveel en welke gemeenten hebben een huishoudelijke hulp toelage aangevraagd?

Antwoord 335:
Na de gemeentelijke herindelingen per 1 januari 2015, blijkt dat door 393 gemeenten in totaal 390 aanvragen zijn ingediend in 2015. Voor het antwoord op de vraag welke gemeenten een huishoudelijke hulptoelage hebben aangevraagd, verwijs ik u voor het jaar 2015 naar de Meicirculaire gemeentefonds 2015 en de Septembercirculaire gemeentefonds 2015, in het bijzonder de bijlagen 4.2.3 decentralisatie-uitkering Huishoudelijke hulp toelage.

Vraag 336

Hoeveel kosten hebben gemeenten gemaakt voor de verstrekking van de huishoudelijke hulp toelage?

Antwoord 336:
De kosten die gemeenten maken voor de verstrekking van de huishoudelijke hulp toelage worden niet landelijk geregistreerd. De gevraagde informatie kan om die reden niet worden verstrekt. Het college van burgemeester en wethouder legt over de kosten die worden gemaakt verantwoording af aan de gemeenteraad.

Vraag 337
Hoeveel geld hebben gemeenten daadwerkelijk uitgegeven aan de huishoudelijke hulp toelage?

Antwoord 337:
De vierde kwartaalrapportage over 2015 geeft inzicht in het gebruik van de Huishoudelijke Hulp Toelage.[13] U heeft deze rapportage ontvangen bij de brief *Voorgang en ambitie Wmo, volwaardig meedoen*.[14] Het percentage gemeenten dat aangeeft niet het gehele budget voor 2015 in dit jaar te besteden bedraagt 85%. De gemeenten die niet het volledige budget hebben besteed in 2015, hebben gemiddeld 70% van het budget over. De meest actuele resultaten laten zien dat de besteding toeneemt. Het aantal cliënten en mantelzorgers aan wie de toelage is verstrekt, is sinds de derde kwartaalmeting toegenomen. Ook het aantal uren verleende thuisondersteuning op basis van de toelage is toegenomen.

Vraag 338
Kunt u een financieel overzicht sturen van de huishoudelijke hulp toelage?

Antwoord 338:
Voor een financieel overzicht van de huishoudelijke hulp toelage, verwijs ik u voor het jaar 2015 naar de Meicirculaire gemeentefonds 2015 en de Septembercirculaire gemeentefonds 2015, in het bijzonder de bijlagen 4.2.3 decentralisatie-uitkering Huishoudelijke hulp toelage.

Vraag 339
Wat zijn de uitvoeringskosten van de invoering van de Wmo 2015 en klopt dit met de raming die het ministerie heeft gemaakt?

Antwoord 339:
Bij de decentralisatie van rijksverantwoordelijkheid en bijbehorende taken naar gemeenten zijn afspraken gemaakt over de in verband hiermee extra aan gemeenten ter beschikking te stellen middelen.
Gemeenten zijn verantwoordelijk om – gegeven de wettelijke kaders – keuzes te maken ten aanzien van de uitvoering van de taken en de besteding van middelen.
De beschikbare middelen behorend bij de Wmo 2015 zijn niet verder gespecificeerd naar uitvoeringskosten, zodat vergelijking met de raming vooraf niet mogelijk is. Ten tijde van de invoering van de Wmo in 2007 was dit niet anders.

Vraag 340
Wat waren de uitvoeringskosten van de invoering van de Wmo in 2007?

Antwoord 340:
Zie het antwoord op vraag 339.

[13] Kamerstuk 29 538, nr. 214, blg-739730.
[14] Kamerstuk 29 538, nr. 214.

Vraag 341
Hoeveel mensen maakten in 2015 gebruik van de Wmo, uitgesplitst in thuiszorg, dagbesteding, begeleiding en beschermd wonen en hoeveel maakten gebruik van hiervan in voorgaande jaren?

Antwoord 341:
Zie het antwoord op vraag 311.

Vraag 342
Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van gemeenten in 2015 als het gaat om de Wmo? Kunt u dit in een overzicht aangeven, en dit van een duiding voorzien?

Antwoord 342:
De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is een kaderwet die gemeenten opdraagt beleid te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Het betreft hier een gedecentraliseerde bevoegdheid, als gevolg waarvan er op landelijk niveau geen gegevens beschikbaar zijn omtrent de hoeveelheid bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo.

Vraag 343
Hoeveel rechtszaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten in 2015 als het gaat om de Wmo? Kunt u dit in een overzicht aangeven, en dit van een duiding voorzien?

Antwoord 343:
Gelet op het decentrale karakter van de Wmo 2015, die gemeenten opdraagt beleid uit te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wordt er door mij op landelijk niveau geen overzicht bijgehouden hoeveel rechtszaken zijn aangespannen tegen besluiten genomen door gemeenten op basis van de Wmo. De Raad voor de Rechtspraak beschikt wel over dit type informatie. Op basis van een analyse die zij hebben gedaan, zouden er in 2015 ruim 2200 rechtszaken betreffende de Wmo aanhangig zijn gemaakt. De inventarisatie ziet op ingediende Wmo-zaken, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen de oude Wmo en de nieuwe Wmo 2015. Een analyse op inhoud ontbreekt in deze opgave.

Hoewel dit aantal aanzienlijk hoger ligt dan voorgaande jaren is dit op zichzelf niet vreemd. De invoering van nieuwe wet- en regelgeving is een verandering die gepaard kan gaan met een wijziging van bestaande rechten en plichten van cliënten. Dit neemt niet weg dat procedures daar waar mogelijk voorkomen moeten worden. Ik heb gemeenten daar herhaaldelijk toe opgeroepen.

Vraag 344
Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg uit de Wmo, omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord 344:
De verantwoordelijkheid voor de de uitvoering van de Wmo 2015 is gedecentraliseerd, gemeenten zijn verantwoordelijk. Om die reden wordt niet centraal geregistreerd hoeveel mensen afzien van zorg uit de Wmo 2015 vanwege financiële motieven. Gemeenten zijn overigens gehouden en door mij opgeroepen, als onderdeel van het verplichte onderzoek, stil te staan bij de mogelijkheden voor betrokkene om een financiële bijdrage voor maatschappelijke ondersteuning te leveren. Waar nodig beschikken gemeenten over de instrumenten om financieel maatwerk te bieden.

Vraag 345
Wat bedragen de kosten van zorgmijding, van zowel het eigen risico als voor de eigen bijdrage Wlz en Wmo?

Antwoord 345:
Met mijn brief van 28 oktober 2015 «Onderzoek aard en omvang van zorgmijding» heb ik u het onderzoek toegestuurd waarin op hoofdlijnen is onderzocht welke groepen zorg mijden en welke zorg dat met name is (Kamerstuk 29 689, nr. 664). Echter, het is niet op individueel niveau bekend wie er zorg mijdt of heeft gemeden en welke zorg of ondersteuning zij anders zouden hebben gekregen. Het is daarmee ook onbekend wat de kosten bedragen van zorgmijding en wat de gevolgen zijn voor de opbrengsten van het eigen risico en de eigen bijdrage Wlz en Wmo 2015.

Tijdens het AO van 10 maart jl. over de eigen bijdragen Wmo 2015 heb ik toegezegd om aanvullend kwalitatief onderzoek uit te laten voeren naar zorgmijding, eigen bijdragen en maatwerk op grond van de Wmo 2015. Ik stuur u de uitkomsten van dit onderzoek in november toe.

Vraag 346
Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie, en welke kosten zijn hiermee gemoeid?

Antwoord 346:
Het Rijk beschikt niet over informatie met betrekking tot door gemeenten ingeschakelde externe adviesbureaus en de kosten daarvan.

Vraag 347
Zijn er Wmo-verordeningen aangepast of vernietigd? Zo ja, welke?

Antwoord 347:
Het opstellen en aanpassen van een verordening is een gemeentelijke aangelegenheid, als gevolg waarvan op landelijk niveau geen overzicht wordt bijgehouden of verordeningen al dan niet worden aangepast.
Er is in 2015 geen sprake geweest van een procedure bij de Kroon strekkende tot schorsing of vernietiging van een Wmo-verordening.

Vraag 348
Hoeveel extra kosten hebben de gemeenten in 2015 gemaakt naar aanleiding van de problemen met het pgb? Welke kosten zijn veroorzaakt door de terugvalscenario's? Kan een uitsplitsing per gemeente worden gegeven?

Antwoord 348:
Uit het onderzoeksrapport van bureau Ape naar de meerkosten bij gemeenten als gevolg van de uitvoering van de terugvalscenario's, dat op 7 december aan de Kamer is aangeboden (Kamerstuk 25 657, nr. 227), komt naar voren dat gemeenten in totaal naar schatting tussen de € 23,9 miljoen en € 31,5 miljoen aan meerkosten hebben gemaakt als gevolg van de uitvoering van de terugvalscenario's. Omdat het hier gaat om een extrapolatie op basis van een steekproef onder een aantal gemeenten, kan niet met zekerheid worden gesteld hoeveel kosten per individuele gemeente zijn gemaakt.

Vraag 349
Hoeveel extra kosten hebben de gemeenten in 2015 gemaakt naar aanleiding van de problemen met het pgb? Welke kosten zijn veroorzaakt

door de terugvalscenario's? Kan een uitsplitsing per gemeente worden gegeven?

Antwoord 349:
Zie het antwoord op vraag 348.

Vraag 350
Hoeveel bezwaren zijn er in 2015 ingediend tegen besluiten van de gemeenten in 2015 als het gaat om de pgb-indicatie? Kunt u dit in een overzicht aangeven, en dit van een duiding voorzien?

Antwoord 350:
De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is een kaderwet die gemeenten opdraagt beleid te voeren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Het betreft hier een gedecentraliseerde bevoegdheid, als gevolg waarvan er op landelijk niveau geen gegevens beschikbaar zijn omtrent de hoeveelheid bezwaren die zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten op aanvragen van een pgb.

Vraag 351
De eigen bijdragen Wlz zijn € 0,1 miljard hoger uitgekomen. Wat is hiervan de oorzaak, aangezien het aantal cliënten lager was dan geraamd?

Antwoord 351:
In de 1e suppletoire begroting 2015 is een opwaartse bijstelling van de eigen bijdragen Wlz opgenomen. Deze bijstelling was het gevolg van brutering van de pgb-uitgaven (€ 60 miljoen), een hogere opbrengst van de eigen bijdragen in 2014 dan voorzien en een kleinere daling van het aantal intramurale plaatsen dan eerder geraamd (samen € 94 miljoen). Ten opzichte van die nieuwe stand wordt in het jaarverslag over 2015 een neerwaartse bijstelling gemeld van € 25,4 miljoen, als gevolg van een lager aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg dan eerder geraamd.

Vraag 352
Wat is de verklaring van de € 0,5 miljard hogere uitgaven aan de Wlz?

Antwoord 352:
Tabel 16 in het jaarverslag toont de ontwikkeling van de uitgaven en inkomsten van het Fonds langdurige zorg (Flz) afgerond in miljarden euro's. De uitgaven zijn bij deze wijze van afronding € 0,5 miljard hoger uitgekomen op € 19,9 miljard. Deze ontwikkeling komt overeen met de mutatie van de Wlz-uitgaven zoals opgenomen in de verticale toelichting op de uitgavenontwikkeling in tabel 11. Daarbij zijn de cijfers afgerond op miljoenen euro's. De Wlz-uitgaven zijn bij deze wijze van afronding € 459,7 miljoen (€ 0,5 miljard) hoger uitgekomen op € 19.915,9 miljoen (€ 19,9 miljard). De verklaring voor de (afgerond) € 0,5 miljard hogere uitgaven is dus opgenomen in de toelichting op tabel 11.

Vraag 353
Is de overschrijding van € 0,5 miljard in 2015 in combinatie met het achterblijven van de extramuralisering voor u reden om bij de Voorjaarsnota voor 2016 geld bij te plussen? Wordt voor 2017 ook nog rekening gehouden met een geprognosticeerd tekort van € 675 miljoen, afgerond € 0,7 miljard te kort?

Antwoord 353:
Op grond van het langzamere tempo van extramuralisering heb ik de uitgavenraming Wlz vanaf 2015 verhoogd. In de genoemde uitgavenmutatie van € 0,5 miljard is een bedrag begrepen van € 0,15 miljard dat samenhangt met het langzamere tempo van extramuralisering. De

meerjarige doorwerking daarvan heb ik in de ontwerpbegroting 2016 verwerkt. Bij antwoord 317 is zichtbaar om welke bedragen dit gaat in de periode 2015–2019.
In de begroting 2015 is de Wlz-premie vastgesteld op 9,65% omdat bij dat percentage naar toenmalige verwachting per ultimo 2017 een vermogen van vrijwel nul zou resulteren in het Fonds langdurige zorg. Ten opzichte van de raming in de begroting 2015 hebben zich in 2015 meevallers bij de inkomsten en tegenvallers bij de uitgaven voorgedaan. In de begroting 2017 zal een actuele raming van de inkomsten en uitgaven van het Fonds in 2016 en 2017 worden opgenomen en een daaruit resulterende raming van het vermogen per ultimo 2017. Voor de inkomstenraming wordt daarbij aangesloten bij de macro-economische ramingen uit de MEV van het CPB.

Vraag 354
Met hoeveel zou de premie stijgen wanneer de zorgtaken van apothekers uit het eigen risico worden gehaald?

Antwoord 354:
Zie het antwoord op vraag 20.

Vraag 355
Hoe heeft de verdeling van de zorglasten zich de afgelopen 10 jaar ontwikkeld? Welk percentage van de totale zorglasten komt voor rekening van de burgers, de overheid en de werkgevers?

Antwoord 355:
In onderstaande tabel vindt u de ontwikkeling van het BKZ, uitgesplitst in lasten voor burgers, bedrijven en overheid en overig van 2006 tot 2015 (bedragen x € 1 miljard).

Jaar	Lasten burgers	Lasten bedrijven	Lasten overheid en overig	Aandeel burgers	Aandeel bedrijven	Aandeel overheid en overig
2006	26,7	7,9	15,1	54%	16%	18%
2007	26,7	8,4	16,8	52%	16%	21%
2008	31,0	9,6	16,4	54%	17%	22%
2009	29,0	9,5	22,9	47%	15%	30%
2010	30,5	9,8	23,8	48%	15%	32%
2011	32,1	11,0	23,6	48%	17%	29%
2012	34,6	12,1	24,5	49%	17%	37%
2013	38,2	12,7	21,0	53%	18%	37%
2014	37,6	13,5	21,4	52%	19%	35%
2015	34,5	12,8	24,2	48%	18%	34%

Vraag 356
De gemiddelde volwassene heeft in 2015 € 5.352 betaald aan collectieve zorg. Welke groepen betalen meer, en hoeveel meer? Welke groepen betalen minder, en hoeveel minder?

Antwoord 356:
Hoeveel de kosten voor collectief gefinancierde zorg voor iemand bedragen is grotendeels afhankelijk van twee factoren. De eerste factor is het inkomen en de tweede factor is de mate waarin iemand gebruik heeft gemaakt van collectief gefinancierde zorg.

De enige kostenpost die onafhankelijk is van beide factoren is de nominale premie voor de Zvw. Deze was in 2015 voor iedereen gemiddeld gelijk aan € 1.158.
De kostenposten die afhankelijk zijn van de mate waarin iemand aanspraak heeft gemaakt op collectief gefinancierde zorg zijn de eigen betalingen. Voor wat de Zvw betreft levert dat een verschil op van

maximaal € 375 tussen mensen die geen en veel gebruik hebben gemaakt van zorg in de Zvw. Voor de Wlz en de Wmo is de eigen bijdrage niet alleen afhankelijk van gebruik, maar ook van het inkomen. Dit kan grote verschillen per persoon geven.

De overige posten (Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), Wlz-premie, zorgtoeslag, belastingen) zijn allemaal inkomensafhankelijk, maar in verschillende mate. Zo wordt de Wlz-premie geheven binnen de eerste en tweede schijf waardoor iemand met een modaal inkomen al de maximale premie betaalt. De IAB loopt op tot een bruto inkomen van circa € 50.000. Begrotingsgefinancierde uitgaven worden gefinancierd uit belastingen. Hier geldt geen maximum voor.

Bij elkaar opgeteld levert dit grote verschillen op tussen groepen. Zo betaalt een alleenstaande met een inkomen ter hoogte van het minimumloon € 3.378 aan collectieve zorg en een alleenstaande met twee keer een modaal inkomen € 10.410.
Bij meerpersoonshuishouden (uitgaande van een kostwinner met twee kinderen) betaalt een gezin met een inkomen ter hoogte van het minimumloon € 3.685 (€ 1.843 per volwassene) en een gezin met twee keer een modaal inkomen € 11.509 (€ 5.755 per volwassene). Bij deze berekening wordt uitgegaan van het gemiddelde eigen risico voor de Zvw en geen eigen betalingen voor de Wlz of de WMO.

Vraag 357
Kan het kabinet toelichten waarom de gemiddelde burger in 2015 € 300 meer heeft betaald aan zorg dan in 2014? Waar is dit bedrag aan besteed?

Antwoord 357:
Op basis van vergelijking van de gemiddelde lasten in 2015 zoals vermeld in het jaarverslag 2015 met het bedrag vermeld in het jaarverslag 2014 resulteert een lastenstijging van circa € 300. De berekening in het jaarverslag 2015 is iets anders berekend dan in het verleden (zie voetnoot 12). In het jaarverslag 2014 zijn in de post belastingen zowel de rijksbijdragen als de zorgtoeslag meegenomen, maar niet de begrotingsgefinancierde zorguitgaven (Wmo en begroting VWS). Vanaf de begroting 2016 is er voor gekozen om in de post belastingen de dekking mee te nemen van alle begrotingsgefinancierde posten (rijksbijdragen, BIKK, zorgtoeslag, BKZ-relevante uitgaven op de VWS begroting en de Wmo-/Jeugduitgaven binnen het BKZ). De nieuwe berekeningswijze leidt tot hogere lasten omdat de begrotingsgefinancierde uitgaven anders dan in het verleden nu ook worden meegenomen.

In 2015 heeft de gemiddelde volwassen burger € 5.352 aan zorg betaald. Indien dezelfde definitie wordt gebruikt bedroegen de lasten van de gemiddelde burger in 2014 € 5.226. Er is dus sprake van een stijging van € 126. Die stijging resulteert grotendeels uit de veranderingen in de langdurige zorg. In 2014 konden niet alle AWBZ-uitgaven gedekt worden uit de AWBZ-premie. In 2015 is het Wlz-premiepercentage zodanig vastgesteld dat de premie-inkomsten vrijwel even hoog zouden zijn als de Wlz-uitgaven. Dat leidt tot een hogere Wlz premie en lagere belastingen. Bij de Zvw daalt het bedrag dat gemiddeld aan IAB is afgedragen met € 92, terwijl de nominale premie gemiddeld € 60 gestegen is. De stijging van de lasten met € 126 hangt dus niet zozeer samen met hogere uitgaven, maar met een andere financiering.

Vraag 358
Kunt u voor de periode 2006–2016 inzicht geven in de ontwikkeling van het bedrag dat de gemiddelde Nederlander aan zorg betaalt, de nominale zorgpremie, het wettelijk eigen risico en het aantal verzekerden?

Antwoord 358:
In onderstaande tabel staat voor de jaren 2006 tot en met 2016 het bedrag dat een volwassene gemiddeld aan zorg betaalt. Dat betreft niet alleen de gemiddelde nominale premie en het gemiddeld eigen risico, maar ook de ook de zorgtoeslag (als ontvangst), de overige eigen betalingen (met name eigen bijdragen AWBZ/Wlz), de inkomensafhankelijke bijdrage, de AWBZ/Wlz-premie en de belastingen ter dekking van de begrotingsgefinancierde uitgaven, de rijksbijdragen en de zorgtoeslag meegenomen.

Tabel: Wat een gemiddelde burger betaalt aan zorg (in euro's respectievelijk miljoenen)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nominale premie	€ 773	€ 848	€ 1.049	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098	€ 1.158	€ 1.204
Zorgtoeslag	– € 198	– € 202	– € 240	– € 275	– € 303	– € 356	– € 347	– € 377	– € 281	– € 294	– € 323
Eigen risico	€ 151	€ 154	€ 108	€ 112	€ 120	€ 126	€ 148	€ 215	€ 232	€ 238	€ 240
Overige eigen betalingen	€ 143	€ 127	€ 119	€ 116	€ 105	€ 114	€ 125	€ 130	€ 152	€ 143	€ 137
Inkomensafhankelijke bijdrage	€ 1.124	€ 1.162	€ 1.340	€ 1.291	€ 1.334	€ 1.478	€ 1.557	€ 1.717	€ 1.680	€ 1.580	€ 1.599
AWBZ/Wlz-premie	€ 1.118	€ 1.024	€ 1.212	€ 1.056	€ 1.128	€ 1.149	€ 1.240	€ 1.402	€ 1.408	€ 1.095	€ 1.101
Belasting	€ 727	€ 864	€ 948	€ 993	€ 1.058	€ 1.178	€ 1.182	€ 1.009	€ 950	€ 1.412	€ 1.406
Totaal	€ 3.840	€ 3.978	€ 4.537	€ 4.353	€ 4.536	€ 4.889	€ 5.132	€ 5.309	€ 5.238	€ 5.330	€ 5.344
Aantal verzekerden	16,1	16,2	16,3	16,4	16,5	16,6	16,7	16,8	16,8	16,8	16,9
Waarvan 18-plus	12,6	12,7	12,8	12,9	13,0	13,1	13,2	13,3	13,4	13,4	13,5

In 2006 en 2007 was er nog geen eigen risico. Op de regel eigen risico staat in die jaren het saldo van de no-claimpremie en de gemiddelde no-claimteruggave. In 2016 staat de gemiddelde premie nog niet vast, omdat nog niet duidelijk is hoe die premie beïnvloed is door verschuivingen van verzekerden. De gemelde premie van € 1.204 resulteert als alle verzekerden in 2015 bij hun verzekeraar uit 2014 blijven.

Vraag 359
Met hoeveel zou de premie stijgen wanneer het preferentiebeleid zo zou worden aangepast dat er veel minder wisselingen van medicijnen nodig zou zijn?

Antwoord 359:
Het effect van het beperken van – door het preferentiebeleid afgedwongen – medicijnwisselingen op de kosten van geneesmiddelen is niet bekend. Het preferentiebeleid als geheel had in 2014 echter een drukkend effect van naar schatting € 679 miljoen op de geneesmiddelenkosten, zoals blijkt uit de GIPeiling 2014 van het Zorginstituut Nederland. Dit komt overeen met een circa € 22 lagere premie en een € 5 lager eigen risico op jaarbasis. Dit voordeel verdwijnt weer voor een deel als het preferentiebeleid zou worden beperkt of afgeschaft.

Vraag 360
Kunt u een toelichting geven op de tabel rond de langdurige ggz voor wat betreft de cijfers € 1.601,8 miljoen (2014) en € 622,3 miljoen (2015). Hoe kan het zijn dat de getallen zo sterk van elkaar verschillen (ook in relatie tot het meerjarenbeeld)?

Antwoord 360:
Per 1 januari 2015 is de Wlz ingevoerd en zijn cliënten met beschermd wonen overgeheveld naar gemeenten. Met de invoering van de Wlz is tevens de Zvw-periode van 1 naar 3 jaar verlengd voor nieuwe cliënten met een GGZ-B-indicatie. De budgettaire kaders zijn hiervoor gecorrigeerd: de middelen voor beschermd wonen zijn overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Wmo 2015. De middelen voor nieuwe GGZ-B cliënten met

een verblijf korter dan 3 jaar zijn overgeheveld naar de Zvw. Hierdoor liggen de Wlz-uitgaven aan de langdurige GGZ in 2015 dus aanzienlijk lager dan onder de AWBZ in 2014.

Vraag 361
Kan het kabinet de forse onderschrijding van de huisartsenzorg toelichten? Wat betekent deze onderschrijding voor de komende jaren? Is de substitutie van simpele ingrepen vanuit de tweedelijns naar de eerstelijns mislukt? Wordt de groeiruimte voor de huisartsenzorg bijgesteld?

Antwoord 361:
Jaarlijks zien we een groei in de uitgaven voor huisartsenzorg, alleen is de uitgavengroei lager dan het in het Bestuurlijk akkoord eerste lijn afgesproken groeipercentage. Het afgesproken groeipercentage is toegekend voor de looptijd van het bestuurlijk akkoord eerste lijn (t/m 2017).
Daarbij moet wel de stijging in de uitgaven van multidisciplinaire zorg, namelijk een stijging van € 31,7 miljoen in 2015, in ogenschouw worden genomen. Een aanzienlijk gedeelte van de multidisciplinaire zorg wordt namelijk door huisartsen verleend, waardoor de onderschrijding op het huisartsenkader dus deels wordt verminderd door de overschrijding op het kader multidisciplinaire zorg.
Of substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn mislukt is, kan op basis van deze uitgavencijfers niet gesteld worden. In de bestuurlijk akkoorden is afgesproken om substitutie van zorg te monitoren. De substitutiemonitor van juli 2015 laat wel degelijk zien dat er in de sector afspraken gemaakt worden over substitutie van zorg. De beschikbare kaders voor 2016 zijn op basis van de uitkomsten van de substitutiemonitor bijgesteld.

Vraag 362
Is er een concrete verklaring te geven waarom de Zvw-uitgaven zo'n € 1,5 miljard lager zijn dan begroot?

Antwoord 362:
Deze onderschrijding is het gevolg van een samenhangend geheel van eerdere maatregelen uitgevoerd door betrokken partijen (waaronder het afsluiten van convenanten met het veld, het geven van bevoegdheid tot het voeren van preferentiebeleid en vrij onderhandelbare tarieven voor apotheekhoudenden), het uit patent lopen van geneesmiddelen en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Dit heeft geleid tot een lagere volumegroei en een daling van de prijzen.
Daarnaast is in 2015 sprake van vrijval van middelen op de sector Nominaal en onverdeeld. Deze ruimte is met name een gevolg van het verschil tussen de oorspronkelijk beschikbaar gestelde middelen voor groei in de curatieve zorg en de in de verschillende zorgakkoorden gemaakte afspraken over de toegestane groei in die sectoren.
Ook is in 2015 een neerwaartse bijstelling geweest van de raming van lonen en prijzen van het CPB en is er minder dan geraamd overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw (de middelen voor eerstelijnsverblijf zijn terug overgeheveld naar de Wlz).
Ten slotte is sprake van diverse in omvang geringe(re) oorzaken, zie hiervoor tabel 8 op pagina 162 en tabel 8a op pagina 163 van het Jaarverslag.
Uit bovenstaande verklaring wordt duidelijk dat voor het merendeel geen sprake is van minder geleverde zorg, de lagere uitgaven zijn vooral het gevolg van lagere prijzen en technische bijstellingen.

Vraag 363

Hoe verhouden de lagere uitgaven zich tegenover het volume van de zorg binnen het kader van de Zvw? Oftewel: is er efficiënter gewerkt of minder zorg geleverd?

Antwoord 363:
Zie het antwoord op vraag 362.

Vraag 364
In hoeverre biedt de onderschrijding op het budget van kraamzorg ruimte om hoogrisicogezinnen meer uren kraamzorg te bieden?

Antwoord 364:
Een onderschrijding op kraamzorg in 2015 kan niet ingezet worden voor toekomstige uitgaven aan kraamzorg. Overigens bestaat er op sociale of medische indicatie al de mogelijkheid om meer uren kraamzorg te verlenen of om via de max-max tarieven afspraken te maken over een hoger tarief bij bijvoorbeeld hoogrisicogezinnen. In het traject «kraamzorg op maat» wordt verder gekeken naar het aansluiten van het aantal uur kraamzorg op de individuele situatie, bijvoorbeeld bij hoogrisicogezinnen.

Vraag 365
Betekent onderbesteding van € 168,7 miljoen op € 2 miljard aan uitgaven voor honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten in 2014 dat de integrale tarieven in 2015 ervoor hebben gezorgd dat vrijgevestigde medisch specialisten gemiddeld ruim 8% minder hebben verdiend? Of is de bijstelling gevolg van een andere oorzaak?

Antwoord 365:
De genoemde onderschrijding bij de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten in 2014 heeft betrekking op de uitgaven die vallen onder het beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten dat tot en met 2014 bestond. Een belangrijk doel van dit beheersmodel was om de uitgaven te beheersen. De oorzaak van de onderschrijding is niet bekend. Aangezien integrale tarieven met ingang van 2015 zijn ingevoerd is een verband met de onderschrijding in 2014 niet aannemelijk.

Vraag 366
Waarom loopt de garantieregeling kapitaallasten per 2016 af? Is dit afhankelijk van het wel of niet aannemen van de Wet winstuitkering ziekenhuizen? Wat zijn de gevolgen wanneer deze wet het niet gaat halen in de Eerste Kamer?

Antwoord 366:
De garantieregeling loopt af omdat aan de instellingen voldoende tijd is gegeven om passende maatregelen te treffen voor de overgang van een systeem van functiegerichte budgettering naar een systeem van prestatiebekostiging. In de Aanwijzing kapitaallasten transitiemodel prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg 2012 aan de zorgautoriteit verloopt de garantie in overgangsregeling kapitaallasten als volgt:
– 2011: 95%
– 2012: 90%
– 2013: 85%
– 2014: 80%
– 2015: 75%
– 2016: 70%
– 2017: 0%

Het parlement is uitvoerig betrokken bij de totstandkoming van de overgangsregeling. Kortheidshalve verwijs ik daarom naar de kamerstuk 29 248, nrs. 109, 114, 115, 119, J en G en Kamerstuk 32 620, nr. 6. De afloop van de garantieregeling is niet afhankelijk van het wel of niet

aannemen van wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg. Mocht het wetsvoorstel niet worden aangenomen dan kan dit leiden tot een hogere financiële nood bij ziekenhuizen. De afgelopen jaren is de financiering van banken vanwege de financiële crisis en de bepalingen in Basel III teruggelopen. Aangezien het voor aanbieders van medisch specialistische zorg nog steeds verboden is om winst uit te keren, zijn andere opties om financiering aan te trekken beperkt.

Vraag 367
In hoeverre biedt onderschrijding op geneeskundige ggz ruimte om de ambulante capaciteit voor ggz in wijken en buurten te versnellen?

Antwoord 367:
Met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties zijn in 2012 afspraken gemaakt om de beschikbare middelen anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg. Elk jaar is er groeiruimte beschikbaar voor de curatieve GGZ. De financiële middelen die beschikbaar zijn, werden de afgelopen tijd echter niet volledig benut. Er is dus ruimte om meer te doen.
De ambulantisering en hervorming van langdurige GGZ moet op regionaal niveau vormgegeven worden. De verantwoordelijkheden zijn op dat niveau belegd.
Zoals toegelicht in de brief van 2 mei 2016 «monitor Trimbos en advies streefcijfers ambulantisering»(Kamerstuk 25 424, nr. 311) wordt er door het Trimbos een handvat ontwikkeld om de samenwerking tussen partijen te stimuleren en meer houvast te creëren in de regio om te beoordelen wat nodig is. Partijen kunnen met behulp van het handvat komen tot afspraken over de invulling van goede GGZ zorg in de regio.
Ik kan mij goed voorstellen dat partijen in dit kader ook afspraken maken over (het versnellen van) de ambulante capaciteit voor ggz in wijken en buurten.

Vraag 368
Wat is de oorzaak waarom voor de ggz nog geen volledig beeld gegeven kan worden over het jaar 2015? Waarom is slechts een zeer beperkt deel van de geleverde zorg gedeclareerd? Hoe verhoudt zich dat tot bijvoorbeeld de eerste- en tweedelijnszorg?

Antwoord 368:
Voor de afrekening van de curatieve ggz 2015 zijn de zogeheten schadelast cijfers relevant. Een zorgaanbieder declareert een zorgbehandeling in de curatieve ggz via een zogeheten diagnosebehandelingscombinatie (DBC), waarbij de *openings*datum van de DBC leidend is.
Daarnaast is het relevant dat een DBC maximaal een jaar open kan staan in de curatieve ggz. Dit betekent dat een DBC welke in het vierde kwartaal van 2015 geopend is, uiterlijk in het vierde kwartaal 2016 gesloten wordt en vervolgens gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar. VWS verwacht in het eerste kwartaal 2017 de eerste betrouwbare realisatiecijfers te ontvangen.
In het kader van het traject versnelling informatie voorziening heeft de NZa geadviseerd om voor de ggz een versnelling te bewerkstelligen via de nieuwe productstructuur. De ambitie is om deze nieuwe productstructuur in 2019 in te voeren.

Bij de eerstelijnszorg zijn realisatiecijfers veel sneller bekend aangezien in de meeste sectoren de zorg per consult gedeclareerd wordt en niet per zorgtraject.

Bij de medisch-specialistische zorg (msz) ligt de gemiddelde behandeltijd lager dan bij de curatieve ggz waardoor de dbc informatie bij de msz iets eerder bekend is dan bij de curatieve ggz. Ook is de dbc duur bij de msz per 2015 verkort naar 120 dagen. Naar verwachting zal dit leiden tot een versnelling van het declaratieproces.

Vraag 369
Is de constatering juist, gelet op de zinsnede «zouden kunnen samenhangen», dat er geen feitelijke verklaring is voor de onderschrijdingen in de ggz?

Antwoord 369:
De informatie die beschikbaar is, zoals de ontwikkeling van de realisatiecijfers, wijst er op dat de gemaakte groeiafspraken uit het ggz akkoord hebben gewerkt. Er is echter geen kwantitatief onderzoek gedaan naar het causale verband tussen de onderschrijdingen en het ingezette beleid. De NZa is van plan om de patiëntenstromen tussen de diverse ggz-segmenten nader te onderzoeken. Dit onderzoek zal in de loop van 2017 beschikbaar komen.

Vraag 370
Is de conclusie juist dat niet geconcludeerd kan worden of het ingezette beleid effect heeft?

Antwoord 370:
Zoals ik in antwoord op vraag 369 heb aangegeven is er geen kwantitatief onderzoek gedaan naar het causale verband tussen de onderschrijdingen en het ingezette beleid. De informatie die wel beschikbaar is, zoals de ontwikkeling van de realisatiecijfers, wijst er echter op dat de gemaakte groeiafspraken uit het ggz akkoord hebben gewerkt.

Vraag 371
Waarom is het effect van de instroom van nieuwe geneesmiddelen van het GVS groter dan waarmee in de raming rekening werd gehouden?

Antwoord 371:
In de ramingen wordt, op grond van trendanalyses in voorgaande jaren, rekening gehouden met de meerkosten in verband met de instroom van nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen. De meerkosten schommelen jaarlijks, maar zijn de afgelopen tien jaar nooit boven de € 20 miljoen uitgekomen. De raming wordt tussentijds bijgesteld op grond van de feitelijke kostenontwikkeling. Dit is noodzakelijk omdat niet precies vooraf kan worden vastgesteld welke nieuwe geneesmiddelen het komende jaar in het GVS zullen worden opgenomen en welke kostenconsequenties in het eerste jaar van introductie hieruit voortvloeien.

Voor wat betreft 2015 werd pas in de loop van 2015 duidelijk dat de raming moest worden bijgesteld omdat het effect van de instroom van nieuwe geneesmiddelen veel groter was dan waarmee rekening was gehouden. Het ging hier vooral om de kosten van nieuwe hepatitis C middelen.

Vraag 372
Waar is de overschrijding van € 37,7 miljoen in de wijkverpleging mee gedekt?

Antwoord 372:
De hoger dan geraamde uitgaven voor wijkverpleging konden binnen het BKZ worden opgevangen doordat er op verschillende andere sectoren sprake was van lager dan geraamde BKZ-uitgaven en er op de sector

Nominaal en onverdeeld vrijval was van niet benodigde middelen. Zie ook het antwoord op vraag 362.

Vraag 373
Op basis van welk beleid zijn de budgetten van ambulance-aanbieders door de NZa met € 25 miljoen verlaagd?

Antwoord 373:
De NZa heeft in de beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2015 haar beleid vastgelegd met betrekking tot de vaststelling van prestaties en tarieven voor ambulancezorg en de opbrengstverrekening tussen regionale ambulancevoorzieningen (RAV'en) en zorgverzekeraars. Op basis van afspraken tussen RAV'en en zorgverzekeraars stelt de NZa voor iedere RAV een budget vast. Hierbij wordt in beginsel rekening gehouden met regionale omstandigheden die door RAV en zorgverzekeraars in de onderhandelingen zijn besproken.
Daarnaast raamt het Ministerie van VWS jaarlijks op landelijk niveau de uitgaven voor de ambulancezorg binnen het Budgettair Kader Zorg. In 2015 bleek er € 25 miljoen meer begroot dan de definitieve vaststelling van het budget door de NZa. Dat betekent dus niet dat de NZa het budget met € 25 miljoen zou hebben verlaagd. Wel kan geconcludeerd worden dat het binnen het BKZ beschikbare bedrag voor ambulancezorg te ruim was.

Vraag 374
Komt de financieringsmutatie van € 23,2 miljoen er in de praktijk op neer dat er minder geld naar ambulancevervoer gaat, dan dat er was begroot?

Antwoord 374:
Nee. Op basis van regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en Regionale Ambulancevoorzieningen wordt jaarlijks een budget vastgesteld voor iedere Regionale Ambulancevoorziening. Dit budget wordt vervolgens gefinancierd via declaraties van ritten door de Regionale Ambulancevoorziening bij de zorgverzekeraars. Indien het totaal van de declaraties niet overeenkomt met het afgesproken budget, wordt dit verschil uiteindelijk verrekend tussen Regionale Ambulancevoorzieningen en de zorgverzekeraars. Deze methodiek brengt met zich mee dat op jaarbasis verschillen kunnen optreden tussen financieringscijfers (de daadwerkelijk gefinancierde uitgaven) en de vastgestelde budgetten. Over meerdere jaren bezien vallen deze verschillen weg en is de financiering gelijk aan de budgetten.

Vraag 375
Wat is de verklaring dat er bijna 10% minder is uitgegeven aan ambulancevervoer dan dat er was begroot?

Antwoord 375:
Zie het antwoord op vraag 373.

Vraag 376
Hoeveel ambulances en ambulancestandplaatsen zijn er in 2015 bijgekomen dan wel afgegaan?

Antwoord 376:
Komend najaar brengt AZN de cijfers over 2015 uit in de nieuwe editie van Ambulances in-zicht. Over eerdere jaren zijn de gegevens wel beschikbaar. Op 31 december 2014 waren er in Nederland 30 ambulances en 16 standplaatsen meer dan op 31 december 2013.

Vraag 377

Worden de gereserveerde middelen voor een garantieregeling kapitaallasten van € 77,7 miljoen in 2015 vooralsnog onderdeel van nominaal en onvoorzien? Staan er toekomstige verplichtingen tegenover deze middelen? Zal in 2017 het volledige bedrag worden uitgegeven? Waarom is ervoor gekozen het bedrag als «nominaal» te benoemen terwijl een onderdeel van dit budget een aanvulling van € 2,7 miljoen voor loon- en prijsbijstelling bevat?

Antwoord 377:
De gereserveerde middelen voor 2015 zijn bij jaarverslag 2015 juist overgeheveld van Nominaal en onverdeeld Zvw naar de sector Garantieregeling kapitaallasten, omdat er toekomstige verplichtingen tegenover deze middelen staan. Jaarlijks valt een eventueel saldo op Nominaal en onverdeeld bij jaarverslag vrij.
De hoogte van de toekomstige verplichtingen is nog niet bekend. Aanvragen tot suppletie in het kader van de garantieregeling kunnen worden ingediend tot uiterlijk 31 december 2017. Indien de NZa een aanvraag honoreert, wordt het toegekende suppletiebedrag vastgelegd in een beschikking. Het suppletiebedrag kan door de betreffende instelling met behulp van deze beschikking worden geïnd bij het Zorginstituut Nederland ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.
Er is niet voor gekozen het bedrag als «nominaal» te benoemen. Het bedrag was gereserveerd op Nominaal en onverdeeld Zvw in afwachting van de doorboeking naar de betreffende sector.

Vraag 378
Is de overschrijding van € 426,3 miljoen aan pgb enkel toe te wijzen aan de problemen die zijn ontstaan met het trekkingsrecht pgb? Zo niet, welke andere problemen hebben bijgedragen aan deze overschrijding? Wat is de verwachting voor het jaar 2016 met betrekking tot deze overschrijding? Is de overschrijding incidenteel, of bestaat deze ook uit structurele componenten?

Antwoord 378:
De achtergrond van de bijstelling van de geraamde pgb-uitgaven met € 426,3 miljoen is toegelicht bij antwoord 13. De hogere uitgaven staan los van het trekkingsrecht. De bijstelling van de pgb-uitgaven heeft een structureel karakter. Hiermee wordt rekening gehouden bij de begrotingsvoorbereiding- en uitvoering voor de jaren 2016 en verder.

Vraag 379
Hoe verklaart u de neerwaartse mutatie van € 263,8 miljoen aan ouderenzorg?

Antwoord 379:
De natura-uitgaven aan ouderenzorg maken samen met onder meer de uitgaven in natura aan gehandicaptenzorg en langdurige ggz deel uit van de contracteerruimte voor zorg in natura. Binnen de contracteerruimte is er sprake van een saldo van plussen en minnen over de verschillende deelsectoren. De relatief grote neerwaartse mutatie van € 263,8 miljoen bij de ouderenzorg heeft in hoofdzaak een technisch karakter (andere verdeling van de uitgaven over de deelsectoren dan geraamd). Een groot deel hiervan heeft bijvoorbeeld betrekking op een technische correctie tussen de kaders voor ouderenzorg en de langdurige ggz (€ 95 miljoen). Per saldo doet zich in 2015 binnen de contracteerruimte een (beperkte) meevaller voor van € 56 miljoen.

Vraag 380
Hoe verklaart u de neerwaartse mutatie van € 89,6 miljoen aan gehandicaptenzorg?

Antwoord 380:
De natura uitgaven aan gehandicaptenzorg maken samen met onder meer de uitgaven in natura aan ouderenzorg en langdurige ggz deel uit van de contracteerruimte voor zorg in natura. Binnen de contracteerruimte is er sprake van een saldo van plussen en minnen over de verschillende deelsectoren. De neerwaartse mutatie van € 89,6 miljoen bij de gehandicaptenzorg komt onder meer omdat op verzoek van de zorgkantoren eind 2015 € 80 miljoen is verschoven van de contracteerruimte (zorg in natura) naar het pgb-kader. Per saldo doet zich in 2015 binnen de contracteerruimte een (beperkte) meevaller voor van € 56 miljoen.

Vraag 381
Wanneer wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over een nadere analyse van de tegenvallers binnen de langdurige ggz? Wat zijn de redenen waarom de afbouw van de ggz-B minder snel gaat dan verwacht? Wat zijn hier de verwachtingen voor de komende jaren?

Antwoord 381:
De Tweede Kamer wordt via de voorlopige kaderbrief Wlz 2017 voor de zomer geïnformeerd over een nadere analyse waarom de afbouw van de ggz-B in de Wlz minder snel gaat dan verwacht. Daarbij wordt ook ingegaan op de verwachtingen voor de komende jaren.

Vraag 382
Hoe verklaart u de neerwaartse bijstelling van € 17 miljoen aan dagbesteding en vervoer?

Antwoord 382:
Het betreft een bijstelling op grond van NZa-gegevens over de nacalculatie van eerdere jaren. Hieruit is gebleken dat in 2013 en 2014 minder is uitgegeven aan deze posten. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg wordt vergoed.

Vraag 383
Hoeveel dagbestedingslocaties zijn in 2015 gesloten?

Antwoord 383:
Ik beschik niet over deze informatie. Aan het openen en sluiten van dagbestedingslocties kan een veelheid aan oorzaken ten grondslag liggen. Het is aan zorgaanbieders om te beslissen op welke locaties zij dagbesteding aanbieden en aan gemeenten en zorgkantoren om passende zorg in te kopen voor cliënten.

Vraag 384
Hoeveel is er bezuinigd op vervoer van en naar de dagbesteding vanaf 2010 t/m 2015?

Antwoord 384:
In de periode 2010 tot 2013 zijn er geen taakstellingen op vervoer van en naar de dagbesteding geweest. In 2013 is een structurele taakstelling ingevoerd voor vervoer van en naar dagbesteding of behandeling van in totaal € 150 miljoen. Daarbij is € 25 miljoen in reserve gehouden voor eventuele knelpunten. Deze € 25 miljoen is per 2014 weer aan de contracteerruimte toegevoegd (structureel). Het financieel effect van de taakstelling komt daarmee vanaf 2014 op € 125 miljoen structureel.

Vraag 385
Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van en naar dagbesteding?

Antwoord 385:

Dit wordt niet apart geregistreerd in termen van personen. Een globale inschatting op basis van productieafspraken van de NZa, is dat in de huidige Wlz rond de 25.000 personen gebruik maken van vervoer van en naar de dagbesteding en behandeling.

Vraag 386
Hoeveel mensen moeten onterecht een eigen bijdrage betalen van vervoer van en naar de dagbesteding?

Antwoord 386:
De persoon die geïndiceerd is voor vervoer van- en naar dagbesteding moet minimaal vervoer naar één passende locatie aangeboden krijgen. Hiervoor geldt geen afzonderlijke eigen bijdrage. Indien de persoon bijzondere voorkeuren heeft voor vervoer of een locatie, kan deze daar afspraken over maken. Die kunnen ook betrekking hebben op een vrijwillige eigen bijdrage.